

令和4年度 第3回東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者対象）

申請書【指導看護師研修受講希望者用】

氏名【漢字】・ふりがな・生年月日等は必ず、本人に確認のうえ、間違いのないよう記入してください

保有資格は必ず、該当箇所○を付けてください。
「准看護師」は認められません。
臨床等での実務経験が3年以上必要となります。

臨床等における実務経験年数は、実務に従事してからの通算年数を記載してください。
（准看護師としての経験年数は含めません。）

| | |
|-------------------|--|
| No. | |
| ふりがな 氏名 | とうきょう はなこ 東京 花子 |
| 生年月日 | (昭和 平成) 4 月 8 日 ○× |
| 保有資格(該当箇所○) | 1. 医師 2. 正看護師 3. 助産師 |
| 臨床等における 実務経験年数 | 15 年 ○ ヶ月 |
| 現在の勤務先 | (法人名) 社会福祉法人 東京福祉会 |
| | (事業所名) 特別養護老人ホーム 東京 |
| | 〒163-0718 東京都新宿区西新宿2丁目7番0号 TEL: 03-3344-86×× FAX: 03-3344-85×× |

| | |
|-----|---|
| No. | 2 |
|-----|---|

①指導看護師が不在のため、「指導看護師研修」の受講を希望する場合

「様式3-1」のみ作成してください。

※「指導看護師研修」のみの研修申込を行うことはできません。

受講希望者は2名以内となります。

介護職員の方が受講決定された場合、指導看護師研修の「受講対象者」となります。

研修は、令和4年11月21日(月)、22日(火)の2日間を予定しています。

②すでに指導看護師は在籍しているが、新たに「指導看護師研修」の受講を希望する場合

実地研修の指導・評価を担当する予定の「指導看護師研修修了者」を「様式3-2」に記載するとともに、新たに「指導看護師研修」の受講を希望する看護師を「様式3-1」記載して提出してください。

※「様式3-1」及び「様式3-2」の両方の提出が必要となります。

| | |
|--------|-------|
| 現在の勤務先 | T |
| TEL : | FAX : |

※記入漏れ・誤りのないようにお願いします。氏名【漢字】・「ふりがな」・生年月日等は、必ず本人に確認のうえ、記載してください。

「臨床等における実務経験年数」は、実務に従事してからの通算年数（准看護師としての経験年数は含めない）を記載してください。

申込は2名以内となります。

「指導看護師研修」のみの研修申込はできません。