

受験番号

*

令和 年 月 日

令和 8 年度東京都看護教員養成研修受講願書兼個人調書

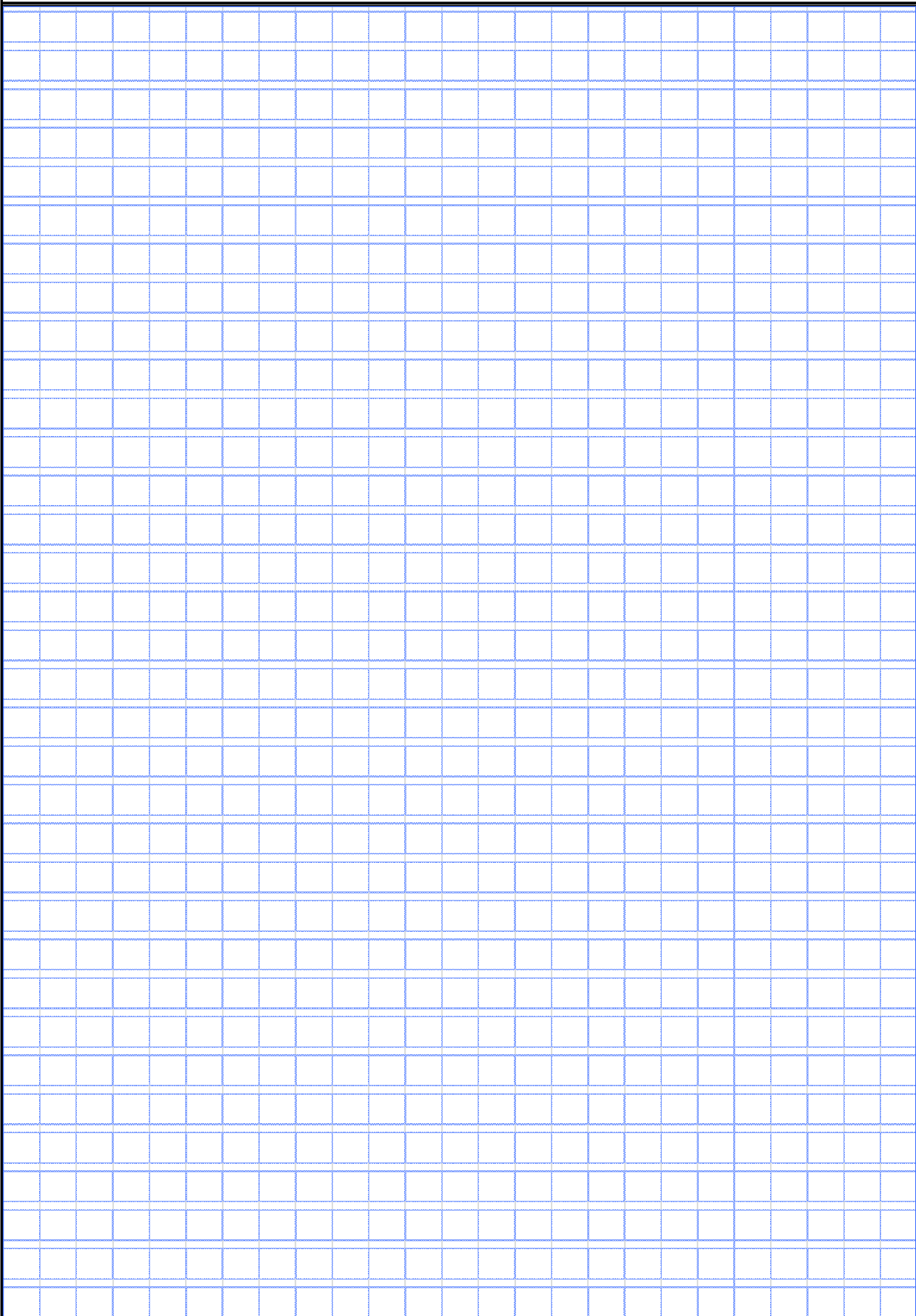
私は、東京都看護教員養成研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

応募区分	1 推薦		2 一般		写真添付欄 縦 4 cm × 横 3 cm ※ 6 か月以内に 撮影したもの ※ 糊付けする場合 写真の裏面に氏名 を記入
ふりがな 氏 名					
生 年 月 日	西暦 年 月 日 (歳) (和暦 昭和・平成 年) ※年齢は令和 8 年 3 月 31 日現在				
現 住 所 等	〒 -				
免 許	保健師免許番号 () 昭和・平成・令和 年 月 日 取得		連絡先 T E L - - 日中連絡 可能 TEL - -		
	助産師免許番号 () 昭和・平成・令和 年 月 日 取得		Eメールアドレス		
	看護師免許番号 () 昭和・平成・令和 年 月 日 取得		※手書きの場合、Eメールアドレスは全角/半角、大/小 文字/数字などが分かるよう説明書きして下さい) 例 半数 半記号 半大 半小 05 - K ango@.ne.jp		
勤 務 先	有 無	1 有 (常勤 ・ 非常勤)		2 無	
	ふりがな 名 称				
	勤務先が看護学校の 場合、何年課程の学校か		統合 3 年 2 年 准看		
	所 在 地	〒 - T E L - -			

- 注 (1) 受験番号の*印欄は記入しないこと
 (2) 願書等の記載内容を確認するため、連絡可能な電話番号、Eメールアドレスを記入すること
 (3) 勤務先欄には、現在の勤務先を記入すること
 (4) 生年月日は西暦、和暦両方記入すること
 (5) 推薦による応募は、都内施設の勤務者のみ

氏 名						
		受験番号		*		
学 歴	区分	卒 業 年 月	学 校 名		修業年限	
	一般	昭・平・令 年 月 卒	高等学校 科		年	
		昭・平・令 年 月 卒			年	
		昭・平・令 年 月 卒			年	
	専門	昭・平・令 年 月 卒			年	
		昭・平・令 年 月 卒			年	
		昭・平・令 年 月 卒			年	
職 歴	施 設 名		職種	雇用形態	勤務期間(和暦で記入)	従事業務
			准・看 助・保	常勤 ・ 非常勤	年 月 から 年 月 まで (年 ヶ月)	病院 / 診療所 保健所等 / その他 看護師等養成所
			准・看 助・保	常勤 ・ 非常勤	年 月 から 年 月 まで (年 ヶ月)	病院 / 診療所 保健所等 / その他 看護師等養成所
			准・看 助・保	常勤 ・ 非常勤	年 月 から 年 月 まで (年 ヶ月)	病院 / 診療所 保健所等 / その他 看護師等養成所
			准・看 助・保	常勤 ・ 非常勤	年 月 から 年 月 まで (年 ヶ月)	病院 / 診療所 保健所等 / その他 看護師等養成所
			准・看 助・保	常勤 ・ 非常勤	年 月 から 年 月 まで (年 ヶ月)	病院 / 診療所 保健所等 / その他 看護師等養成所
			准・看 助・保	常勤 ・ 非常勤	年 月 から 年 月 まで (年 ヶ月)	病院 / 診療所 保健所等 / その他 看護師等養成所

- 注
- (1) 受験番号の*印欄は記入しないこと
 - (2) 学歴欄の一般には、高等学校以上で科名を、大学卒等は学部・学科名を記入すること
専門には、准看護師、看護師、保健師、助産師学校養成所等を記入すること。修業年限は、卒業に要した期間ではなく、定められた年限を記入すること。看護大学・看護短大も含む。
 - (3) 職歴は、年代順に古いものから記入すること。雇用形態は、常勤、非常勤のいずれかを○で囲むこと
 - (4) 勤務期間は、施設における勤務開始年月・終了年月とその下のかっこ内に期間を記入すること
なお、勤務継続者は令和8年3月末日までの予定を記載することとし、退職予定の場合は施設名の下に○月退職予定と記入すること(令和8年3月末に退職する方も明示してください)
休職期間がある場合は、勤務期間の欄に併記し、勤務期間には算入しないこと
 - (5) 職種、従事業務は該当するものを○で囲むこと
 - (6) 職歴等書ききれない場合は、A4サイズの下用紙に記入すること

氏 名		受験番号	*
受講の動機及び今後の展望（800字程度で具体的に記述すること）			
			

注 受験番号の*印欄は記入しないこと

受験番号

*

令和8年度東京都看護教員養成研修受講者推薦書

令和 年 月 日

住 所

施 設 名

施設長職・氏名

印

東京都看護教員養成研修受講者として下記の者を推薦します。

記

1 受講者氏名

2 推薦理由(責任感、協調性、研究心、コミュニケーション能力、健康状態、勤務年数、勤務状況等)

注 (1)受験番号の＊印欄は記入しないこと (2)施設長の押印は公印とすること
(3)施設推薦は、都内所在の施設のみ可能
(4)看護学校を除く同一職場に看護師又は看護師免許を有する保健師、助産師として
勤務して推薦を受ける時は、いつから勤務しているか、在勤年数を明記すること
(同一任命権者も同じ)

在 職 証 明 書

1 氏 名

2 生年月日

年

月

日

3 施設名及び所在地等

施設名

所在地

郵便番号

電話番号

4 勤務形態（いずれかに○を付けてください）

（同一の施設で常勤、非常勤の期間がある場合、別々の用紙に記入して下さい。）

① 常勤（概ね週40時間のフルタイム勤務）

② 非常勤

週あたり

時間勤務、又は月あたり

時間勤務

5 在職期間

昭和・平成・令和 年 月 日から

昭和・平成・令和 年 月 日まで（ 年 ヶ月）

①②とも、上記在職期間のうち、（育休・病欠・休職・長期研修などの）取得期間

種別

（ ） 年 月 日から 年 月 日まで

（ ） 年 月 日から 年 月 日まで

（ ） 年 月 日から 年 月 日まで

6 職種

保健師・助産師・看護師

（いずれかに○を付けてください。）

していること

上記のとおり在職

を証明する。

（いずれかに○を付けてください。）

していたこと

令和 年 月 日

施設名

施設長

所在地

電話番号

公印

注 受験番号の*印欄は記入しないこと

同一勤務先で、常勤、非常勤、など複数の勤務形態・職種がある場合、別々の用紙に記入してください。

受験番号

*

令和8年度東京都看護教員養成研修

選考料領収証書貼付用紙

東京都保健医療局

領収証書貼付欄

金融機関等で選考料を納入後に、
領収証書原本がはがれないよう
全面のりづけすること

記入欄

ふりがな

志願者氏名

納入先金融機関名・支店名（または郵便局名）

注 受験番号の＊印欄は記入しないこと

〒	—
住所	
氏名	様

(選考試験受験票)

様式 5

← すべてご記入ください。

↓

(受験番号は記入しないでください。)

公益財団法人東京都福祉保健財団

東京都看護教員養成研修

選考試験受験票

受験番号 第 _____ 号

氏 名 _____
(氏名をご記入ください)

試験会場 : 東京都社会福祉保健医療研修センター

試験日 : 令和8年3月6日(金曜日)

受付 : 8時50分～9時00分

オリエン
テーション : 9時00分～

試験 : 面接(オリエンテーション終了後)

合格発表 : 令和8年3月13日(金曜日) 午後2時

【注意事項】

- ・受験票は、必ず携帯してください。
- ・8:30より前は、建物内に入れません。
- ・試験当日の緊急連絡は、03-3812-9362までお願いいたします。
- ・筆記用具を必ずご持参ください。

領収証書確認書

金 8,000円

領収証書確認日付

(財団使用欄)

※なお、選考願書に添付された領収証書はこの領収証書確認をもって代える。