**新人看護職員臨床研修　申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **施　設　名** |  | | | |
| **施設住所** | 〒：　　　　　　　　　℡：　　　　　　　　　　FAX：  住所： | | | |
| **施設代表者名** |  | | **教育担当者名** |  |
| **研修参加者名** |  | | **生年月日** | 年　　　月　　日　生 |
| **年　　　齢** | 歳 | | **性　　別** |  |
| **住　　　所** | 〒： | | | |
| **電話連絡先** |  | **勤務部所(科)名** | |  |
| **卒業学校名** |  | **卒業年月日** | |  |
| **免許番号** |  | | | |
| **出身校の種類** | **1）**大学　　**2）**短大・看専(3年課程)　　**3）** 短大・看専(2年課程)　　**4）**その他 | | | |
| **受講したい**  **研修内容** |  | | | |