|  |
| --- |
| **「高齢者看護エキスパート研修」受講申込書** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |
| 所　属 |  | 職位　 |  | フリガナ氏名 | 　 | 経験年数　　 |  |
| **看護職歴（前歴・現所属含む）** |
| 期間 | 施設名 | 診療科 |
| 西暦　　　　　年　　　月　　日～西暦　　　　　年　　　月　　日 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　　年　　　月　　日～西暦　　　　　年　　　月　　日 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　　年　　　月　　日～西暦　　　　　年　　　月　　日 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　　年　　　月　　日～西暦　　　　　年　　　月　　日 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　　年　　　月　　日～西暦　　　　　年　　　月　　日 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　　年　　　月　　日～西暦　　　　　年　　　月　　日 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　　年　　　月　　日～西暦　　　　　年　　　月　　日 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　　年　　　月　　日～西暦　　　　　年　　　月　　日 | 　 | 　 |
| 年 | **発表した学会名・雑誌名等** | **テーマ** |
| 西暦　　　　年 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　年 | 　 | 　 |
| 西暦　　　　年 | 　 | 　 |
| 受講を希望する理由・応募動機・自己課題・臨床における研究的疑問・取り組みたい研究課題　等 |  |
| 所属長（看護師長）の推薦 |  |
|
| 署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 　所属責任者（担当副看護部長）　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

「高齢者看護エキスパート研修」受講申込書記入要項

令和7年４月

東京都健康長寿医療センター

看護部キャリアサポート委員会

１．所属・職位・氏名・経験年数

　・所属は施設名および部署名を記入する

　・職位は現在の職位を記載する

　・氏名はふりがなをふる

　・経験年数は令和7年4月時点の経験年数を記入する

２．看護職歴

上から古い順に、就業期間、施設名、主な診療科を記入する

３．看護研究歴

　　過去5年以内に自施設内、自施設外に発表した看護研究のうち、受講申込み時の直近

３件の研究年、発表学会、研究テーマを記入する

４．受講を希望する理由

本研修に応募した動機、応募にあたっての自己課題を記入する

臨床における研究的疑問、取り組みたい研究課題にも触れること

　　ただし、実際に取り組む研究は必ずしもここに書いた内容に限定せず取り組み可能

5．所属長の推薦

　　応募に当たって、所属長（看護師長）が推薦文を記入し、推薦者（所属長）の氏名を記入し、押印する

※外部の研修生の場合は押印不要

6．所属責任者の確認

所属責任者（担当副看護部長）は、所属看護師長の推薦および受講資格要件を満たしていることを確認し、所属責任者（担当副看護部長）欄に署名・押印する

※外部の研修生の場合は押印不要

7．期日までに所属長（看護師長）経由で担当副部長に提出すること（外部の研修生は

メールで人材育成担当副部長までデータを送信すること）