

申込日　令和 元 年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 年 齢    　　 歳 | 性 別  1. 男  2. 女 | 職 種  1. 保健師 　2. 助産師  3. 看護師（准看護師は対象外） | |
| 氏　名 |  | |
| フリカナ |  | | 看護師実務経験  年 | 介護施設実務経験  年 | | 受験費用  1.都道府県負担  2.自己負担 |
| 施設名 |  | |
| 看護実務者受験講座歴　　有　　　　無 | | |
| 施設住所 | 〒 TEL  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX | | | | | |
| 設置主体 | 1.独立行政法人国立病院機構　2.国立大学法人　3.国立（その他）　4.都道府県　5.市町村  6.独立法人労働者健康福祉機構　7.日本赤十字社　8.厚生連　9.済生会　10.医師会　11.医療法人  12.学校法人　13.社会福祉法人　14.財団法人　15.その他法人　16.会社　17.個人　18.都道府県看護協会  19その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 施設類型 | １．介護老人福祉施設　 　２．介護老人保健施設 　３．介護療養型医療施設　 ４．その他( ) | | | | | |
| 職 名 |  | 相当する職位等 | 1.施設長　2.副施設長　3.部長　4.課長　5.室長　6.師長　7.係長  8.主任　9.副主任　10.リーダー　11.スタッフ　12.その他（ 　　　　） | | | |

東京都老人保健施設協会宛　メール：[jimukyoku@roken-tokyo.or.jp](mailto:jimukyoku@roken-tokyo.or.jp) 又はFAX 03-6380-4371