

令和7年度看護師実務研修 受講申込書

年 月 日

フリガナ				年齢
氏 名				
住 所 ・ 連 絡 先	〒			
	電話 (自宅 ・ 携帯)			
※なるべく日中連絡の取れる番号(留守電でも可)を記載してください。				
資 格	保健師	助産師	看護師	准看護師
現在の勤務状況	() 看護師等として勤務している			
	勤務先【 】勤務先住所【 】			
受講の希望	() 看護師等として勤務していない			
	受講希望	日 程		研 修 項 目
	()	第1回	9月6日	感染防止技術
	()	第2回	9月20日	救命救急処置技術
	()	第3回	10月4日	症状・生体機能管理技術、与薬技術
	()	第4回	10月18日	吸引・カテーテルなどの管理
託児の希望	()	第5回	11月22日	糖尿病の基礎知識、褥瘡・フットケア
	() あり	お子さんの名前【フリガナ】		年齢【 歳】
就職説明会等の案内	富士市が後援する看護職就職説明会及び研修会等の案内について			
	() 希望する () 希望しない			
研修を知ったきっかけ	広報ふじ 富士市ウェブサイト SNS 新聞			
	チラシ・ポスター 勤務先 友人 その他()			

※ 記載された個人情報は、本研修の運営及び就職説明会等のご案内(希望された方)にのみ使用します。第三者への個人情報の提供はいたしません。

申し込み方法・受講の決定

各回研修実施日の1か月前までに、電子申請するか、受講申込書に必要事項を記入して、直接またはFAX・Eメールでお申込みください。

電話でもお申込みできます。

応募者が定員を超えた場合は、①潜在看護師 ②初めて参加する方 の順に優先し、抽せんします。受講の決定は、各回申込締切日から1週間以内にお知らせします。

お申し込み・問い合わせ先

富士市保健医療課「看護師実務研修」係(フィランセ西館3階)
 電話: 67-0260 FAX: 67-0355
 Eメール: ho-iryou@div.city.fuji.shizuoka.jp