

令和8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	〒								
	メール：								
	電　話：（自宅・携帯）								
	※電話は、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	看護師 准看護師 保健師 助産師								
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【 】 () 看護師等として勤務していない								
受講の希望	受講希望	日程		研修項目				申込期限	
	()	第1回	9月12日	救命救急処置技術				8月31日	
	()	第2回	10月17日	症状・生体機能管理技術、与薬技術				9月30日	
	()	第3回	11月14日	糖尿病の基礎知識、フットケア				10月31日	
	()	第4回	12月19日	褥瘡ケア				11月30日	
	()	第5回	1月16日	看取りケア				12月28日	
託児の希望	() あり お子さんの名前【 フリガナ 】 年齢【 歳 】 () ない お子さんの名前【 フリガナ 】 年齢【 歳 】								
研修会等の案内	富士市が主催または後援する看護職を対象とした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、本研修の運営及び研修会等のご案内（希望された方）にのみ使用します。
第三者への提供はいたしません。

申し込み方法・受講の決定

各回の申込期限までに電子申請するか、申込書を郵送、メールまたはFAXでお送りください。
※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、各回の申込期限から1週間程度でお知らせします。

お申し込み・問い合わせ先

富士市保健医療課（フィランセ西館3階）
電話：67-0260 FAX：67-0355
Eメール：ho-iryuu@div.city.fujii.shizuoka.jp