

2025 年度「介護施設等における看護指導者養成研修」申込用紙

送付先：日本看護協会 看護研修学校教育研究部継続教育課 ky-keizoku@nurse.or.jp

様式のデータがご入用の場合は、送付先メールアドレスにご連絡をお願いいたします。

※必要事項を記入もしくは☒を入れてください。

都道府県名		主管部局		
連絡先	電話番号		フリガナ	
	メールアドレス		担当者名	
住所	〒 —			
☐ 被推薦者の個人情報について下記＜個人情報取り扱い＞に本人から同意を得た上で、本研修に申し込みます。				
被推薦者の「看護実務者研修」への活用予定		☐ 有	☐ 無	
看護実務者研修の 2025年度の開催予定	☐ 有 ☐ 無 ↓ 開催委託 ☐有（委託先： ） ☐無			

本研修申込書は、下記の＜個人情報の取り扱い＞に同意したものととして、管理いたします。

＜個人情報取り扱い＞

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。

- ①本会の研修を受講する際の本人確認
- ②本会の研修に関する連絡・情報提供等
- ③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集
- ④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携

(①～④)の具体例：研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用)
高齢者権利擁護等推進事業の推進を目的に、本会と推薦者で個人情報を共同利用し、適切に取り扱います。

都道府県主管部局（高齢者保健福祉担当）による推薦が必要です。個人申込は受付けておりません。

申込人数に応じ、必要時下記フォーマットを追加してください。

■被推薦者 [推薦順位: 位]

フリガナ		年齢	歳 (申込時点)	
氏名		職種	☐ 保健師 ☐ 助産師 ☐ 看護師 (准看護師は対象外)	
フリガナ		看護師実務経験	介護保険施設実務経験	
所属施設名		年	年	
		「看護実務者研修」受講歴	☐ 有 ☐ 無	
所属施設住所・電話番号	〒 — 電話番号 — —			
施設類型	☐ 介護老人福祉施設(特養) ☐ 介護老人保健施設 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 介護医療院 ☐ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ☐ 有料老人ホーム ☐ その他()			
相当する職位	☐ 施設長 ☐ 副施設長 ☐ 部長・部門長 ☐ 師長・課長・科長・ユニット長 ☐ 主任・副師長・係長・リーダー ☐ 一般職員・スタッフ ☐ その他()			
フリガナ				
メールアドレス	@ ※受講に必要なURL等をメールで案内します。「@nurse.or.jp」を受信できるよう設定してください。			
緊急連絡先	☐ 所属施設 ☐ その他: 電話番号 — — ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。			
受講料負担(請求先)	☐ 都道府県 ☐ 推薦者個人 ☐ その他()			

■被推薦者 [推薦順位: 位]

フリガナ		年齢	歳 (申込時点)	
氏名		職種	☐ 保健師 ☐ 助産師 ☐ 看護師 (准看護師は対象外)	
フリガナ		看護師実務経験	介護保険施設実務経験	
所属施設名		年	年	
		「看護実務者研修」受講歴	☐ 有 ☐ 無	
所属施設住所・電話番号	〒 — 電話番号 — —			
施設類型	☐ 介護老人福祉施設(特養) ☐ 介護老人保健施設 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 介護医療院 ☐ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ☐ 有料老人ホーム ☐ その他()			
相当する職位	☐ 施設長 ☐ 副施設長 ☐ 部長・部門長 ☐ 師長・課長・科長・ユニット長 ☐ 主任・副師長・係長・リーダー ☐ 一般職員・スタッフ ☐ その他()			
フリガナ				
メールアドレス	@ ※受講に必要なURL等をメールで案内します。「@nurse.or.jp」を受信できるよう設定してください。			
緊急連絡先	☐ 所属施設 ☐ その他: 電話番号 — — ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。			
受講料負担(請求先)	☐ 都道府県 ☐ 推薦者個人 ☐ その他()			

