

【様式1】

## 2026 年度新人看護職員研修申込書

友愛記念病院 西山 宛

送付先 (FAX)0280-97-3001

研修名 :	研修日 :      月      日
-------	---------------------

### 連絡先

施設名 :		
連絡先(代表者) 氏名	住所:〒	
	TEL	FAX

### 受講者

番号	フリガナ 氏名	職種 看護師 ・ 准看護師

※提出いただいた個人情報については研修の実施運営に係わる作業以外には利用いたしません

# 研修申込み・受講について

## I. 研修申込みする方へ

### 1. 申込み期間

- ・ 研修日より1週間前までをお願いします。
- ・ 定員 20名  
定員に満たない場合は期間を過ぎても募集いたします。  
ホームページにて募集の確認をしてください。
- ・ 研修申込みで得た情報は個人情報取り扱いの規定に基づき適切に管理致します。
- ・ 複数名参加される場合は、2026年度新人看護職員研修申込書【様式1】に全員の氏名をご記入し、FAXにて返信をお願いします。

## II. 研修を受講される方へ

### 1. 受講条件・受講時間

- ・ 新人看護師・准看護師職員のいずれかの資格を有する方
- ・ 看護師免許取得後1年目の看護師・准看護師の方
- ・ 研修日程のご案内を確認してください。
- ・ 研修申し込みの際に、2026年度医療機関受け入れ研修【様式2】に免許番号を記載し、FAXにて返信をお願いします

### 2. 研修の受付・受講料

- ・ 研修開始10分前より受付を開始します。
- ・ 受講料：令和8年度新人看護職員研修年間計画表参照

### 3. キャンセル、変更、欠席、遅刻について

- ・ 申込み後にキャンセルの場合は、2日前までに担当者へ御連絡ください。

### 4. その他

- ・ 研修終了後アンケートのご協力をお願いします。
- ・ 院内外への活動報告として、研修中に写真撮影をさせていただきます。  
※撮影をご遠慮される方は、受付の際に申し出て下さい。
- ・ 講師及び諸事情によりやむをえず研修を中止・変更する場合は御連絡いたします。

### 【問い合わせ先】

友愛記念病院 TEL 0280-97-3000

FAX 0280-97-3001

看護部:新人教育委員会

研修責任者 西山敦子