

(様式2号)

※この欄は記入しないこと		
年	月	日受理
No.		判定

履 歴 書

フリガナ氏名			男・女
生年月日	昭和 年 月 日生		歳
現住所	〒	電話	
勤務先	フリガナ名称		
	所在地	〒	電話
最終学歴	学校・学部・学科名	卒業	
			年 月
取得免許	免許の名称	登録番号	取得
		No.	年 月
精神保健関係 の研修受講歴	研 修 名	受 講	
			年 月
			年 月
			年 月
職 歴	勤務先・所属部課名	職 名	勤務期間
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで

<p>現在の職務内容 (該当する番号・記号 に○印を付すこと)</p>	<p>1 一般病院 ア. 老人病棟 イ. 精神病棟 ウ. 一般病棟 エ. その他 ()</p> <p>2 精神病院</p> <p>3 老人保健施設</p> <p>4 特別養護老人ホーム</p> <p>5 認知症対応型グループホーム</p> <p>6 その他 ()</p>
<p>特 殊 技 能 資 格</p>	
<p>本研修の受講目的 (レポート作成)</p>	<p>レポートを提出して下さい。 ・テーマ「受講動機」と「認知症看護についてあなたが日頃感じている事」の二題。 ・施設名、氏名を必ず明記して下さい。 (書式：12ポイント・40字35行・明朝体・A4版・たて型・横書き)</p>
<p>上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 氏名 印</p>	

受 講 推 薦 書

上記の者を貴院の第38回・39回認知症対策研修「看護師課程」の受講生として推薦いたします。

施設名 _____

所在地 _____

施設長氏名 _____ 印

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
小諸高原病院長 殿