（別紙２）　※病院指定の受講申込書がある場合は、病院指定様式をご使用ください。

**令和５年度　新人看護職員研修（医療機関受入研修）受講申込書**

新人看護職員研修（医療機関受入研修）実施病院　院長　様

貴病院で実施される令和５年度新人看護職員研修（医療機関受入研修）に、当院・当施設の者を派遣し受講させたく、下記のとおり申し込みますので、よろしくお願いします。

記

**１　受入側病院**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関受入研修実施病院名 |  |

**２　派遣側病院等**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣側施設名・所属 | |  | |
| 申　込 担当者 | 職・氏名 |  | |
| 連絡先 | TEL | FAX |
| 電子メール |  | |
| 派遣する新人看護職員の職種・氏名（フリガナ）・性別 | |  | |
| 受講希望日・時間帯・研修項目  ※１　病院の研修計画に○を記載する方法でも可。  ※２　同一日に複数の研修項目を実施する場合があるので、時間帯・研修項目も記載してください。 | |  | |
| 備考 | |  | |