

別記様式

令和元年度病院局認定看護師教育機関派遣職員選考申込書

病院局長 様

受講希望学科

川崎市病院局認定看護師教育機関派遣要綱を理解し、認定看護師教育機関への派遣を希望いたしますので、次により病院局認定看護師教育機関派遣職員選考へ申し込みます。尚、受講者として決定され、認定看護師研修を終了した後は、看護職員として本市に5年間勤務することを誓います。

年 月 日

職員コード			
フリガナ		性別	職種
氏名		男・女	
生年月日	年 月 日生 (歳)		
入職年月日	年 月 日 (※在職 年 月)		
看護実務経験年数	※ 年 月 ※平成31年4月1日現在		
専門分野の実務経験	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	通算経験年数		年 月
学会等での実績 (過去5年以内において、新しいものから記入)			
発表年月日	演題名		学会名等

別記様式

志望理由及び市立病院で取り組みたい課題内容