

### 2025年度 受講申込書 (履修生用)

記入日 (西暦) 年 月 日

|  |                          |                          |                          |                          |                               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 提出書類<br>本人確認<br>欄  | 受講申込書                    | 看護師免許の写し                 | 最終学歴証明書                  | 旧姓を証明する書類<br><br>該当者のみ   | 提出時に必要な書類がそろっているか確認して☑してください。 |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| 受講歴あり <input type="checkbox"/><br>※受講したことがある方は最終学歴証明書と旧姓を証明する書類は省略できます<br>コース名 ( 年度 )<br>※わかれば記入ください |                          |                          |                          |                          |                               |

▼ 以下、記入し該当する事項に☑してください。

| 受講申込専門家養成コース及び期間 |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| IV 潜在看護師キャリア支援   | <input type="checkbox"/> 半年間『基礎科目群』 |

|                   |   |      |   |
|-------------------|---|------|---|
| フリガナ<br>氏名        |   |      | <b>写真貼付欄</b><br>縦 4cm×横 3cm<br>・上半身・脱帽<br>・カラーが望ましい<br>・自撮り可<br>・背景はできるだけ無地が望ましい<br>※裏面に氏名を記入<br>(受講生証の写真になります) |
| 生年月日              | (西暦) 年 月 日  | 満 歳  |   |
| 現住所               | 〒   |      |   |
| 電話番号<br>どちらか一方でも可 | (自宅)  | (携帯) |   |
| メールアドレス           | ※選考や講義に関するご連絡をメールで行うことがあり、またファイルを添付することがありますので、<br>できるだけパソコンのアドレスをご記入ください (携帯のアドレスはご遠慮ください)。  |      |   |
| 現在の職業             | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護師 (非正規) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員<br><input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |   |

| 学歴 (高校卒業以降もしくは高校入学以前の最終学歴) |   |         |
|----------------------------|---|---------|
| (西暦) 年                     | 月 | 学歴 (学位) |
|                            |   |         |
|                            |   |         |
|                            |   |         |
|                            |   |         |
|                            |   |         |
| 職歴                         |   |         |

| (西暦) 年 月<br>~ 年 月 | 職歴<br>(企業名・病院名・部署・職種等) | 業務内容 |
|-------------------|------------------------|------|
| ~                 |                        |      |
| ~                 |                        |      |
| ~                 |                        |      |
| ~                 |                        |      |
| ~                 |                        |      |
| ~                 |                        |      |
| (西暦) 年 月          | 取得資格・免許等               |      |
|                   |                        |      |
|                   |                        |      |
|                   |                        |      |
|                   |                        |      |

| 志望動機・受講理由 |
|-----------|
|           |

※学歴及び職歴、取得資格・免許等の欄が足りない場合は、現在の学歴もしくは職歴等を含めて主なものを記載してください。

|  |
|--|
| 上記の内容に相違ありません。<br>「募集要項」等を確認致しましたので、履修を申し込みます。<br><p style="text-align: right;">氏名 (自署もしくは記名・押印)</p> <p style="text-align: right;">_____</p> |
|--|

以下、受講に際して受講者のニーズを把握してより良い講義を準備するためにお伺いします。

○ 受講方法について（看護技術演習①～⑧、まとめ及び臨地実習以外の講義に限ります。）

対面授業での参加希望

オンライン講義での参加希望：Microsoft の Teams を使用。受講生アカウントを付与しますので、カメラ及びマイク機能がある PC もしくはモバイル機器とインターネット環境を準備してください。

両方の可能性あり（講義によって講義方法が異なる方）主に受ける方へもチェックをお願いします。オンライン講義での参加希望：Microsoft の Teams を使用。受講生アカウントを付与しますので、カメラ及びマイク機能がある PC もしくはモバイル機器とインターネット環境を準備してください。

○ 特別の配慮が必要な事項（身体面、健康面、通学面、IT 環境面、家庭面など）

受講開始後、個別にご相談いただいても構いません。

※ この申込書に記載された個人情報は、リカレント教育センターへの当該受講に関する業務のみに利用されます。

※ 提出書類に虚偽の記載があった場合、受講の資格を失います。なお、書類不備の場合は受付できません。

# 記入例 2025年度 受講申込書 (履修生用)

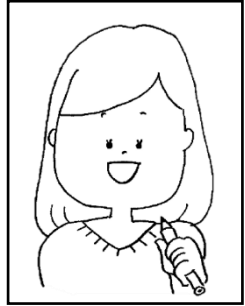
記入日 (西暦) 2025年 2月 7日

|  |                                     |                                     |                                     |                                   |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 提出書類<br>本人確認欄  | 受講申込書                               | 看護師免許の写し                            | 最終学歴証明書                             | 旧姓を証明する書類<br><small>該当者のみ</small> |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 受講歴あり <input checked="" type="checkbox"/><br><small>※受講したことがある方は最終学歴証明書と旧姓を証明する書類は省略できます</small><br>コース名 (2021年度 子ども才能マネジメント) <small>※わかれば記入ください</small> |                                     |                                     |                                     |                                   |

提出時に必要な書類がそろっているか確認して☑してください

▼ 以下、記入し該当する事項に☑してください。

| 受講申込専門家養成コース及び期間 |  |
|------------------|--|
| Ⅲ 潜在看護師キャリア支援    | <input checked="" type="checkbox"/> 1年間『基礎科目群』 |


|                                  |  |   |   |
|----------------------------------|--|---|---|
| フリガナ氏名                           | シモノセキ リカコ<br>下関 りかこ  | 性別<br><input type="checkbox"/> 男<br><input checked="" type="checkbox"/> 女 | <br><small>(受講生証の写真になります)</small> |
| 生年月日                             | (西暦) 1993年 4月 2日   | 満 31 歳  |   |
| 現住所                              | 〒123-4567<br>山口県下関市大学町1丁目2番3号<br>下関ヒルズ104号   |   |   |
| 電話番号<br><small>どちらか一方でも可</small> | (自宅) 012-345-678<br>(携帯) 098-7654-3210   |   |   |
| メールアドレス                          | rikako199342@~personal computer. email<br><small>※選考や講義に関するご連絡をメールで行うことがあり、またファイルを添付することがありますので、できるだけパソコンのアドレスをご記入ください (携帯のアドレスはご遠慮ください)。</small>  |   |   |
| 現在の職業                            | <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護師 (非正規) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員<br><input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |   |

| 学歴 (高校卒業以降もしくは高校入学以前の最終学歴) |   |               |
|----------------------------|---|---------------|
| (西暦)年                      | 月 | 学歴 (学位)       |
| 2012                       | 3 | 山口県立第十高等学校 卒業 |
| 2012                       | 4 | 〇〇 看護学校 入学    |
| 2016                       | 3 | 〇〇 看護学校 卒業    |
| 職歴                         |   |               |

| (西暦) 年 月<br>~ 年 月   | 職歴<br>(企業名・病院名・部署・職種等)             | 業務内容                         |
|---------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 2016 4<br>~ 2019 3  | 下関市立第十病院 入職 内科病棟 配属<br>一身上の都合により退職 | 血圧、体温、脈拍などの測定<br>食事、排泄、入浴の介助 |
| 2019 7<br>~ 2021 12 | 下関市立第一病院 入職 外科病棟 配属<br>一身上の都合により退職 | 外来、手術の補助                     |
| ~                   |                                    |                              |
| ~                   |                                    |                              |
| ~                   |                                    |                              |
| ~                   |                                    |                              |
| (西暦) 年 月            | 取得資格・免許等                           |                              |
| 2016 3              | 看護師免許                              |                              |
|                     |                                    |                              |
|                     |                                    |                              |
|                     |                                    |                              |

|                  |
|------------------|
| <b>志望動機・受講理由</b> |
| 私は、～             |

※学歴及び職歴、取得資格・免許等の欄が足りない場合は、現在の学歴もしくは職歴等を含めて主なものを記載してください。

|   |
|---|
| 上記の内容に相違ありません。<br>「募集要項」等を確認致しましたので、履修を申し込みます。<br><br>氏名 (自署もしくは記名・押印)<br><br>下 関 り か こ  |
|---|

以下、受講に際して受講者のニーズを把握してより良い講義を準備するためにお伺いします。

○ 受講方法について（看護技術演習①～⑧、まとめ及び臨地実習以外の講義に限ります。）

■ 対面授業での参加希望

□ オンライン講義での参加希望：Microsoft の Teams を使用。受講生アカウントを付与しますので、カメラ及びマイク機能がある PC もしくはモバイル機器とインターネット環境を準備してください。

■ 両方の可能性あり（講義によって講義方法が異なる方）主に受ける方へもチェックをお願いします。

○ 特別の配慮が必要な事項（身体面、健康面、通学面、IT 環境面、家庭面など）

(※例)

自宅からのオンライン受講を検討していますが、自宅のインターネット環境の状況によって受講が難しい場合には対面を希望します。

受講開始後、個別にご相談いただいても構いません。

※ この申込書に記載された個人情報は、リカレント教育センターへの当該受講に関する業務のみに利用されます。

※ 提出書類に虚偽の記載があった場合、受講の資格を失います。なお、書類不備の場合は受付できません。