

2025年度 受講申込書 (聴講生用)

記入日 (西暦) 年 月 日

提出書類 本人確認欄	受講申込書	看護師免許の写し	聴講希望講義表 <small>一部聴講希望者のみ</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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

▼ 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		全聴講	一部聴講
IV 潜在看護師キャリア支援	半年間『基礎科目群』	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

フリガナ 氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	写真貼付欄 縦4cm×横3cm ・上半身・脱帽 ・モノクロ可 ・自撮り可 ・背景はできるだけ無地が望ましい ※裏面に氏名を記入 (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 <small>どちらか一方でも可</small>	(自宅) (携帯)			
メールアドレス	<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>			
現在の勤務先	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社員 (非正規) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()			

(西暦)年 ～ 年	月 月	職歴 (企業名・病院名・部署・職種等)
～		
～		
～		
(西暦)年	月	取得資格・免許等

志望動機・受講理由

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。

受講証明書について

- 発行する
- 発行しない

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。

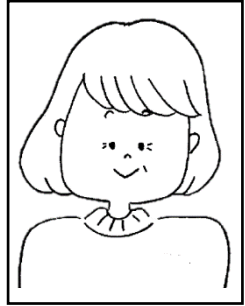
記入例 2025年度 受講申込書 (聴講生用)

記入日 (西暦) 2025年 4月 10日

提出書類 本人確認欄	受講申込書 <input checked="" type="checkbox"/>	看護師免許の写し <input checked="" type="checkbox"/>	聴講希望講義表 一部聴講希望者のみ <input checked="" type="checkbox"/>	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		全聴講	一部聴講
IV潜在看護師キャリア支援ト	半年間	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

フリガナ 氏名	ヤマグチ ミツコ 山口 みつこ		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	 (受講生証の写真になります)
生年月日	(西暦) 1993年 5月 1日	満 32歳		
現住所	〒987-6543 山口県下関市大学町9丁目876番地			
電話番号 どちらか一方でも可	(自宅) 876-543-210 (携帯) 012-3456-7890			
メールアドレス	mitsuko.yamaguchi@~personal computer. email ※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)。			
現在の職業	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社員 (非正規) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()			

(西暦)年 ~ 年	月 月	職歴 (企業名・病院名・部署・職種等)
2015 ~2020	4 5	〇〇〇〇病院 入職 外科病棟 配属 一身上の都合により退職
2020 ~2022	8 10	〇〇会社 パート勤務 一身上の都合により退職
~		
(西暦)年	月	取得資格・免許等
2015	3	看護師免許

志望動機・受講理由

私は、～

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。

○ 講義終了後の受講証明書について

発行する

発行しない

○ 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）

(※例)

対面講義以外の講義は自宅からのオンライン受講を検討しておりますが、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。