様式第１号

令和　　年　　月　　日

沖縄県知事　殿

法人名
住所
法人代表者

下記の者について、令和８年度沖縄県看護指導者養成研修に申込みいたします。
また、受講決定の際は、研修への派遣について承諾します。

令和８年度沖縄県看護指導者養成研修　受講申込書

<table>
<tr><td colspan="3">受講希望者氏名＊楷書で正確に</td><td>性別</td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">フリガナ
</td><td rowspan="2">男・女</td><td colspan="2" rowspan="2">昭和/平成　　年　　月　　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受講者</td><td>住所</td><td colspan="4">（〒　　－　　）

TEL：　　メールアドレス：
※日中連絡がとれる連絡先を記載</td></tr>
<tr><td rowspan="4">勤務先</td><td colspan="2">法人名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">施設（事業所名）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">サービスの種類</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">事業所所在地</td><td colspan="4">（〒　　－　　）

TEL：　　メールアドレス：
FAX：</td></tr>
<tr><td>職能</td><td colspan="5">□保健師　　□助産師　　□看護師（准看護師は対象外）</td></tr>
<tr><td colspan="2">看護実務者研修受講歴</td><td colspan="2">有（平成/令和　　年度）　・　無</td><td>看護師実務経験</td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="2">現職名</td><td colspan="2"></td><td>介護施設実務経験</td><td>年</td></tr>
<tr><td>相当する
職位等</td><td colspan="5">□管理者　□施設長　□副施設長　□部長　□課長　□師長　□係長　□主任
□リーダー　□スタッフ　□その他（　　）</td></tr>
</table>

受講希望 理由	
沖縄県看護協会への名簿の提出について	
□同意する □同意しない　（理由：　　）	

個人情報の取扱：本研修申込みで得た個人情報は、研修に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

提出期日；令和８年６月 12 日（金）必着