別記様式(第3条第1項関係)

|  |
| --- |
| 研修申請書令和〇年○○月○○日　　旭川医科大学病院長　　殿※研修者の住所、氏名を記載住所　○○市○○町○○条○○丁目〇―〇氏名　○○　○○　※必ず本人が署名すること　貴院において，下記のとおり研修したいので許可くださるよう申請いたします。 |
| 　　 | 研修期間 | 研修内容 | 　 |
| ○○年○○月○○日～○○年○○月〇〇日※(研修期間内の研修実日数〇日) | 実習指導者研修「実践コース」の受講（臨地看護学実習での実習指導者のシャドーイングを通して、講義やグループワークを中心とした「基礎コース」での学びをより深める。） |
| 添付書類　1　履歴書　※特に様式指定はありません。参考様式を使用いただいて構いません。　　　　　2　健康診断書　※別紙様式「旭川医科大学病院 実習および研修のための調査票」に必要事項を記載し、「実習及び研修のための調査票について」に所属施設長(又は校医など)の証明を得て提出ください。　ワクチン接種ができない場合は「ワクチン接種の免除申告書」に医療機関の証明を得て提出ください。　　　　　3　免許証の写※看護師免許の写し　　　　　4　職についている者は，所属機関の長の承諾書　※特に様式指定はありません。参考様式を使用いただいて構いません。 |

　(注)　署名は必ず本人が自署してください。