

入学動機申述書

指定用紙 2 号

氏名 _____ は、桶谷式乳房管理法研修センターの入学を志願します。

助産師としての経験年数 (_____ 年) ※ _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

●桶谷式乳房管理法研修センターの見学 (有・無) 見学日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

●研修センター以外の桶谷式母乳相談室の見学 (有・無)

見学した桶谷式母乳相談室名 (_____) 見学日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 桶谷式乳房管理法研修センターを志願した動機

2. 将来の展望 (本研修センター卒業後、桶谷式認定者として認定された後の予定又は計画)

性格

特技

趣味

スポーツ

推 薦 書

指定用紙 3 号

入学志願者氏名

上記の者については、下記のとおりであり、桶谷式乳房管理法研修センターの研修生として適当と認め、推薦します。

記

1. 推薦理由

2. 勤務状況または母乳育児支援者としての適性について

年 月 日

推薦者 住 所

推薦者 氏 名

⑩

志願者との関係

※推薦書のみ直接本研修センターに送付される場合は、下記住所をお願いします。

送付先 ; 162-0044 東京都新宿区喜久井町 20-8 オケタニ早稲田ビル

桶谷式乳房管理法研修センター教務部 ※推薦状在中と明記してください。

入学志願者健康診断書

指定用紙4号

氏名	現住所 〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
現在の健康状態	
良好 ・ 普通 ・ すぐれない (具体的な自覚症状についてお書きください)	

診 断 事 項

主な既往症		
胸部レントゲン所見 < 年 月 日撮影 > 所見 (異常なし・治療所見あり・要精査)	身長	. cm
	体重	. kg
	血圧	/ mmHg
	尿蛋白	- ・ 土 ・ +
	尿糖	- ・ 土 ・ +
	感染症	HB s () HCV ()
医師所見		
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師の氏名 (印)		

※本書の証明日は、出願期間前3か月以内のものとする。

※健康診断書のみ直接本研修センターに送付される場合は、下記住所にお願いします。

送付先:162-0044 東京都新宿区喜久井町 20-8 オケタニ早稲田ビル

桶谷式乳房管理法研修センター教務部 ※健康診断書在中と明記してください。