|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付番号 | 選考結果 | 受講生番号 |
|  |  | 可　　否 |  |

※事務使用欄

**2024年度　保健師助産師看護師実習指導者講習会**

**受講申込書**

記入日：　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 証明写真縦4㎝×横3㎝ |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　（2024年5月31日時点：　　歳） |
| ※事務連絡等で使用いたしますので、必ず連絡可能な住所・電話番号・メールアドレスをご記入ください。 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス | ※Word・Excel・PowerPoint・PDFの開封可能であり、随時、確認可能なメールアドレスをご記入ください。 |
| 勤務先 | 施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病床数：（　　　）床　勤務部署名： |
| 〒電話番号：　　　　（　　　　）　　　　　　　　内線（　　　　　　） |
| 職　能 | □　保健師　　　□　助産師　　　□　看護師 |
| 職　位 | □　スタッフ　　□　主任　　 　□　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 一般学歴 | 　（学校名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業年月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月 |
| 専門学歴 | 　（学校名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業年月（看）　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　年課程）　西暦　　　年　　月 |
| 卒業年月（助）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　　　　　　　　　　　　 |
| 卒業年月（保）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月 |
| 経験年数 | 看護師　　　　　　年　　　　ヵ月　　　 | 合計　　　年　　ヵ月（2024年 3月末） |
| 助産師　　　　　　年　　　　ヵ月　　 |
| 保健師　　　　　　年　　　　ヵ月　　 |
| 免許取得後の職歴 | 施　設　名 | 勤務期間（准看護師経験は含まない） |
|  | 　　　年　　月　　～　　　　年　　月 |
|  | 　　　年　　月　　～　　　　年　　月 |
|  | 　　　年　　月　　～　　　　年　　月 |
|  | 　　　年　　月　　～　　　　年　　月 |
|  | 　　　年　　月　　～　　　　年　　月 |
|  | 　　　年　　月　　～　　　　年　　月 |
| 　　　　　合　計（2024年 3月末） | 　　　　年　　ヵ月　　（記入箇所不足時、空白欄使用） |
| 実習指導状況について | * １．現在実習指導を行っている（看護学生の実習を受入れている）

受入れ校□大学　□短期大学　□専門学校(3年課程)　□専門学校(2年課程)□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）対応している実習（わかる範囲で記載してください：例 基礎実習、成人看護学実習）　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| * ２．今後実習指導を行う予定である（看護学生の実習受け入れ予定）

受入れ予定校□大学　□短期大学　□専門学校(3年課程)　□専門学校(2年課程)□その他（　　　　　　　　　　　　　　）対応予定実習（わかる範囲で記載してください：例 基礎実習、成人看護学実習）【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| * ３．実習指導を行う予定は無いが、指導に関心がある
 |