|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | | | （ 男・女 ） | | | | 生年月日 | | 西暦　　　年　　月　　日　生  （　　　　歳） | | | |
| 勤務先 | 名　称 | | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | | | | | | |
| 設置主体 | | | | １．医療法人　　２．国立大学法人　　３．国立病院機構　４．市町立  ５．赤十字　６．地方独立行政法人　　７．社会福祉法人　　８．社団法人  ９．学校法人　　10．その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 勤務場所 | | | | １．病棟（　　　　　科）２．外来（　　　　　科）３．その他（　　　　　） | | | | | | | | |
| 職　　責 | | | | １．看護師長　２．副看護師長　３．主任　４．副主任　５．スタッフ  ６．その他（　　　　） | | | | | | | | |
| 職　　種  （主たる免許） | | | | １．保健師　２．助産師　３．看護師 | | | | | | | | |
| 主たる免許の登録年月日 | | | | 昭和・平成 　　年　　月　　日 | | | | 主たる免許の登録番号 | | |  | |
| 最終  学歴 | | 一般 | | １．高校卒　２．短大卒　３．大学卒　４．大学院卒　５．その他（　　　　　） | | | | | | | | |
| 専門 | | 最終学校名 | | | | | | | | |
| 実務  経験  年数 | | 保健師　　　　年 | | | | 助産師　　　 年 | 看護師　　　　年 | | | | | 計　　　　　年 |
| 看護管理経験（　　　）年　教育経験　　（　　）年  臨床経験　　（　　　）年　地域看護経験（　　）年 | | | | | | | | 実習指導経験  １．有（　　　）年　２．無 | | |
| 自部署についてお尋ねします。  【実習受入学校の種類】  １．看護大学　　　２．看護短期大学　　　３．看護学校3年課程　　４．看護学校2年課程  ５．高校看護専攻科　　　６．高校衛生看護科　　　７．准看護学校　　　８．通信教育課程  【あなたの部署では主にどの実習領域を受け入れていますか】下記の番号を記入して下さい。  １．成人看護　２．周手術期看護　３．老年看護　４．小児看護　５．母性看護  ６．精神看護　７．基礎看護　　８．在宅看護  （　　　　）（　　　　）（　　　　）  【演習：実習指導案作成】（グループワークの参考にします）  ＊演習の希望領域を（　）内に、上記の番号より第1希望から第３希望まで記入して下さい。  ＊必ず第３希望まで記入をお願いします  第１希望（　　　　）　　第２希望（　　　　）　　第３希望（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 実習指導体制 | | | | | １．自部署に当講習会受講者がいる　　２．当講習会受講者がいない | | | | | | | |
| Email アドレス（活字体ではっきりと） | | | | | | | | | | | | |
| 推薦者　　役職　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |

（記載要領）１．該当する項目は丸で囲んでください。２．申込書に記載された個人情報は

研修会以外には使用しません。３．申込みは**郵送**でお願いします。