平成 30 年度保健師助産師看護師実習指導者講習会申込書

※同施設から複数の受講希望者がある場合は、推薦順位をつけてください。 **推薦順位＿＿＿＿**

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	〒 TEL		
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。