平成　　　年　　　月　　　日

平成３０年度　保健師助産師看護師実習指導者講習会（特定分野）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 |  | 生年月日年　　　齢性　　　別 | 西暦　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　　　　　）歳男　 ・ 　　女　  |
| 氏　　 名 |  |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連 絡 先 | TEL（　　　　　　　）　　　　　―　　　　　　　　　　　 |
| 職　種（主たる免許） | 保健師　・　助産師　・　看護師 | 実務経験　 | 　　　　　年 | 職位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 主たる免許の登録番号 |  | 主たる免許の登録年月日 | 昭和　・　平成　　　年　　　月　　　日 |
| 看護専門学歴 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　昭和　・　平成　　　　　年卒業　） |
| 実習指導状況 | 自部署についてお尋ねします。【実習受入学校の種類】1．保健師学校　　　2．助産師学校　　　　3．看護系大学　　　4．看護系短大5．看護師３年課程　　　6．看護師２年課程　　　7．高校学校看護専攻科　8．高校学校衛生看護科　　　9．准看護学校　　　　10．５年一貫看護師養成課程【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．公衆衛生看護学実習　2．助産学実習　3．老年看護学実習　4．小児看護学実習　5．母性看護学実習　6．在宅看護論実習　7．老年看護実習　　8．母子看護実習（　　　　）（　　　　）（　　　　）【あなたは現在指導にあたっていますか】1．指導にあたっている（通算　　　　　年）　　　2．受講後指導する予定3．予定していない |
| 受講動機 |  |
| 推薦者　　役職　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

（記載要領） 1.該当する項目に丸で記載してください。　2.申込書に記載された個人情報は研修会以外に

使用しません。　3.申し込みは**郵送または持参**でお願いします。