令和 6（2024）年度　国際医療福祉大学保健師助産師看護師実習指導者講習会　受講申込書

受講番号※

※大学記入欄

太枠内を全て漏れなく記入または☑をしてください。

ふりがな				
氏　　名				
生年月日	西暦　　年　　月　　日　　（満　　歳）			
自宅住所	〒　　－ （必須）日中、連絡の取れる電話番号　　－　　－			
メールアドレス	@			
所属施設名		職位		
所属施設住所	〒　　－ 電話番号　　－　　－			
職業実践プログラムの要件	要件を満たしている場合は☑してください。 ☐「学校教育法第 90 条に規定する大学に入学することができる」を満たしている。			
看護職実務経験年数（通算） ＊准看護師の経験は含まない	保健師　　年	助産師　　年	看護師　　年	合計　　年
指導の状況	各設問について、あてはまるものを☑してください。 1.　現在、看護学生の実習指導を（☐している・☐していない・☐今後指導する予定） 2.　実習指導の経験は（☐ある　＿＿＿年＿＿＿ヶ月　・　☐ない　）			
受講支援希望キャンパス	図書館利用等の支援を受ける場合、希望するキャンパスを 1 カ所☑してください。 ☐大田原　・☐　成田　・☐　東京赤坂　・☐　小田原　・☐　熱海　・☐　福岡　・☐　大川			
上司の意見 ※記入は自筆でお願い致します。	（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を保健師助産師看護師実習指導者講習会受講者として推薦する。 施設より受講希望者が複数いる場合は、施設内優先順位を決めてください。 （　　位/　　人中） 年　　月　　日 職位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿			

【個人情報の取扱い】この個人情報は、受講申込に伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはしません。なおこの範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。