別紙2

2019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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日※ | 受付番号※ | 受講番号※ |
| ／ |  |  |

**太枠内をすべてもれなく楷書で記入または○で囲んでください。**

※大学記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | | | | 顔 写 真  ＊申込時は不要  （ 3 cm ×4 cm ） |
| 氏　　名 | | |  | | | | | |
| 生年月日・  性別 | | | （西暦）　　　　　年　　月　　日（満　　歳）　　男・女 | | | | | |
| 自宅住所 | | | 〒　　　－  Tel (自宅)　　　　－　　　　－　　　　（携帯）　　　　－　　　　－ | | | | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | |
| 所属施設名 | | |  | | | | 職位 |  | |
| 所属施設住所 | | | 〒　　　－    Tel 　　　　－　　　　－　　　　 　　 Fax　　　　－　　　　－ | | | | | | |
| 一般最終学歴 | | | 学校名  昭・平　　 年　　月　卒 | | | | | | |
| 専門最終学歴  （保助看） | | | 学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　年課程）  昭・平　　 年　　月　卒 | | | | | | |
| 免許取得後の実務経験年数  ＊准看護師の経験は含めません | | | | 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○で囲んでください。  １．現在、貴施設で看護学生の実習を受け入れて（ いる・いない・今後受け入れる予定）  ２．現在、看護学生の実習を指導して（いる ・いない ・今後指導する予定　）  ３．実習指導の経験は（　ある　　　　年　　　ヶ月　　・　　　ない　　）  あると答えた方は、指導している（いた）学校の種類（すべてを選んで○で囲んでください）  　大学　　　短大（　3年課程　・　2年課程　）　　　専門学校（　3年課程　・　2年課程　・　2年課程通信制　）  准看護学校　　　高校衛生看護科　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 受講希望  キャンパス | | 受講希望キャンパスに○で囲んでください。  大田原ｷｬﾝﾊﾟｽ・成田ｷｬﾝﾊﾟｽ・東京赤坂ｷｬﾝﾊﾟｽ・小田原ｷｬﾝﾊﾟｽ・熱海ｷｬﾝﾊﾟｽ・福岡ｷｬﾝﾊﾟｽ・大川ｷｬﾝﾊﾟｽ | | | | | | | |
| 上司の推薦欄 | （氏名）　　　　　　　　　　　を保健師助産師看護師実習指導者講習会受講生として推薦する。なお上記の者が受講資格を満たしていることを証明する。  　　年　　月　　日    職位　　　　　　　 　　氏名　　　 　　　　　　　　　印  　＊施設より複数受講希望者がいる場合、施設内優先順位を決めてください。　　　　　 （　　　位）  　＊施設内における本講習会受講済（他施設受講含）の実習指導者数をお知らせください。（　　　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。