別紙2

令和3（2021）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※ |
| ／ |  |  |

※大学記入欄

**太枠内をすべてもれなく記入または○で囲んでください。**

【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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | | | | 顔 写 真  （ 3 cm ×4 cm ）  **＊申込時は不要** |
| 氏　　名 | | |  | | | | | |
| 生年月日・  性別 | | | 昭・平　　　（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、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　　）  あると答えた方は、指導している（いた）学校の種類全てを選んで○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を○で囲んでください。  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者として推薦する。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） | | | | | | | | |