別紙2

令和4（2022）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

**太枠内を全て漏れなく記入または☑をしてください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | | 顔 写 真  （ 3 cm ×4 cm ）  **＊申込時は不要** |
| 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　） | | | | | | | |
| 受講希望  キャンパス | 受講希望キャンパスを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。