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。