**実習指導者養成講習会受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ  氏　　　　名 | | |  | □男  □女 | | 年齢 | 歳 | □会員　　□非会員 | | |
|  | 山口県看護協会会員番号   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | | | |
| 施設に関する事 | 所属施設名 | |  | | | | TEL | | | FAX |
| 住所 | |  | | | | | | | |
| 施設における実習受入校についてご記入ください。  (　　　)には、  学校名を記入 | | □看護大学(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)  □看護学校3年課程( )  □看護学校2年課程( 　　　　　　　　　　 　　 　　　　　 　 )　□通信制  □高等学校看護専攻科( 　　 )  □高等学校衛生看護学科( )  □准看護学校( )  □その他(　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  **合計（　　　）校　　・　合計（　　　）週間** | | | | | | | |
| 個人に関する事 | 職　　　　種 | | □保健師　□助産師　 □看護師 | | 実務経験年数  ※准看護師経験年数は除く | | | | 年　　　ケ月 | |
| 職　　　　位  (相当する職位) | | □師長 　□副師長・主任  □スタッフ　□その他( 　　　　　　　　　　　 ) | | | | | | | |
| 最終専門学歴  **（該当するものを○で囲んでください）** | | 大学院　・　大学　・　短期大学  看護師養成所（3年課程　・　2年課程全日制・定時制　・　2年課程通信制）  保健師専攻科　・　助産師専攻科  高等学校　・　高等学校専攻科5年一貫教育　・　高等学校専攻科  その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 実習指導経験 | | □現在指導にあたっている（通算年数　　年）  □受講後指導する | | | | | | | |
| 演  習 | 希望領域を下記領域から選択し、第1希望から第２希望まで番号を（　）内に記入してください。   1. 基礎看護学 ②成人看護学（急性期）③成人看護学（慢性期）④老年看護学 ⑤精神看護学 2. 母性看護学　⑦小児看護学   第1希望（　　　）　　　第2希望（　　　） | | | | | | | | | |
| 受講動機  50文字程度 | |  | | | | | | | | |

※記入上の注意： ①□は該当箇所に✓を入れ、（　）内には該当するものを記入してください。

②年齢及び経験年数等は7月1日現在で記入してください。

③記入漏れがないように留意してください。