

令和7年度 実習指導者講習会受講申込書

施設における推薦順位	位／人中
------------	------

ふりがな				職 種	
氏 名				1 保健師 2 助産師 3 看護師	
生年月日		昭和・平成 年 月 日 (歳)		※令和6年4月1日時点	
本人への 連絡手段		TEL		(携帯電話・自宅)	
施 設 名					
所 在 地		〒		写真貼付 必須 白黒・カラー どちらでも可 縦4cm 横3cm	
電 話		() — (内線)			
現在の勤務 病棟の診療科		病棟名	(診療科目)		
専 門 学 歴	保	学校名		昭和 平成	年 月 卒業
	助	学校名		昭和 平成	年 月 卒業
	看	学校名	(3年課程・2年課程・2年通信・その他)	昭和 平成	年 月 卒業
実習指導経験		1 経験なし 2 経験あり (年 ヶ月)			
現在の職位 (該当するものに ○をつけて下さい)		1 看護師長 2 副看護師長 3 主任 4 実習指導者 (兼任・専任) 5 スタッフ 6 その他 ()			
職 歴 (休業期間を除く 通算経験年数)		看護師 年 ヶ月		※令和7年3月末現在で計算 例) R6年4月～R6年9月 =6ヶ月 R6年4月～R7年3月 =1年	
		助産師 年 ヶ月			
		保健師 年 ヶ月		〔合計 年 ヶ月〕	
講習会・研修会 等の受講状況 (1週間以上の研 修について記載 してください)		自 年 月 日		主催	
		至 年 月 日			
		自 年 月 日		主催	
		至 年 月 日			

(実習指導者講習会 様式2-裏)

◆ 現在勤務している病棟で受け入れている実習の状況について、該当項目にお答えください。

1) 実習を受け入れている

課 程	受入れ学校名 (全て記載してください)	実習科目領域 (※下記番号を記載願います)
大 学		
3年課程 (統合カリキュラム含む)		
2年課程		
5年一貫校		
准看護師課程		
助産師課程		

※実習科目領域:

①基礎看護学実習 ②成人看護学実習 ③老年看護学実習 ④小児看護学実習 ⑤母性看護学実習
⑥精神看護学実習 ⑦在宅看護論実習 ⑧看護の統合と実践実習 ⑨助産学実習 ⑩その他()

- 2) 現在、実習を受入れて 学 校 名 []
いないが、今後、受入れ 実習開始予定時期 []
予定あり
- 3) 現在、実習を受け入れていない(受入れ予定ない)

◆ 受講理由 (この実習指導者講習会であなたは、何を学ぼうと考えているか、記入してください。)

--

◆ 推薦理由

--

推薦者 役職: 氏名: (ふりがな)

※推薦理由(施設看護職代表者の方が記入してください。)