様式２

実習指導者講習会受講申込書

私は、令和５年度兵庫県保健師助産師看護師実習指導者講習会（一般分野）を受講したいので、関係書類を添えて申し込みます。

令和５年　　月　　日

兵庫県保健医療部医務課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ふりがな

氏　　名

　　　　　　　　　　　生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－

現住所

　　　　　　　　　　　電　話（自宅）

（携帯）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤　務施　設 | ふりがな　名　　称 |  |
| ふりがな　住　　所 | 　〒　　　　－　　　　　　　　　　（電話　　　－　　　　－　　　　） |
| 学　歴 | 学　　　　　　校　　　　　　名 | 卒業年月 | 修業年限 |
| 一般学歴 | 　高　　校 |  | 　　年　　月 |  |
| 　短　　大 |  | 　　年　　月 |  |
| 　大　　学 |  | 　　年　　月 |  |
| 専門学歴 | 　准看護師 |  | 　　年　　月 |  |
| 　看護師 |  | 　　年　　月 |  |
| 　助産師 |  | 　　年　　月 |  |
| 　保健師 |  | 　　年　　月 |  |
| 免許証番号及び取得年月日 | 　保健師 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 第　　　　　　　号 |
| 　助産師 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 第　　　　　　　号 |
| 　看護師 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 第　　　　　　　号 |
| 　准看護師 | 都道府県名 （　　　　　　）　　　　　年　　　月　　　日 | 第　　　　　　　号 |
| 職　歴 | 施　　　設　　　名 | 期　　　　　間 | 主な経験内容 |
|  | 　　年　　月～ 　　年　　月 |  |
|  | 　　年　　月～　 　年　　月 |  |
|  | 　　年　　月～　 　年　　月 |  |
|  | 　　年　　月～　 　年　　月 |  |
|  | 　　年　　月～　 　年　　月 |  |
|  | 　　年　　月～　 　年　　月 |  |
|  | 　　年　　月～　 　年　　月 |  |
| 経　験年　数 | 保健師 | 年　　　月 | 実習指導の経験 | 有　・　無 |
| 助産師 | 年　　　月 | 経験の有るものすべてに○をつける。・保健師課程・助産師課程・看護師３年課程・看護師２年課程・准看護師課程 |
| 看護師 | 年　　　月 |
| 准看護師 | 年　　　月 |
| その他 | 年　　　月 |
| 演習希望の領域（実習指導案作成）希望する領域を○で囲んで下さい。　 | ＜第１希望＞　基礎　成人　老年　小児　母性　　精神　 地域･在宅 　統合＜第２希望＞基礎　成人　老年　小児　母性　　精神　 地域･在宅　 統合 | 左記の希望について特別な理由があれば記入のこと |  |
| 備　考 |  |

〔記入上の注意〕

* + 1. 本様式（受講申込書）は自筆によること。
		2. 現住所、電話番号は本人宛連絡することがあるので正確に記入すること。
		3. 受講にあたり、健康管理上申し出ることがあれば備考欄に記入こと。
		4. 別添「関係書類等提出にあたっての留意事項」を確認の上、記載すること。