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。