（様式２）  **令和7年度 福島県保健師助産師看護師実習指導者講習会　受講申込書（受講者本人が記入）**

※は記入しない

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 | ※ |

該当する項目（□）に✔を入れてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込月日：令和7年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 | 　 | 性別 | □男　□女 | ＜看護学生の実習状況＞１．あなたの部署では、看護学生の実習を受け入れていますか。　　　□受け入れている　　　　　　　□受け入れていない　　　□将来、受け入れる予定（　　　　　年頃）「受け入れている」と答えた方のみお答えください。１）該当する課程をすべて選んで下さい。（複数選択可）□ 看護大学　　　□看護短期大学　　□ 看護師養成所（統合カリキュラム）□ 看護師養成所（３年課程）　　　 □ 看護師養成所（2年課程）　　　□ 看護師養成所（２年課程通信制）　□ 高等学校専攻科5年一貫教育　　　□ 准看護師養成所　　　　　　　　　□ その他２）どの領域の実習を受け入れていますか。（複数選択可）　　　□ 基礎看護学　　□ 成人看護学 　 □ 老年看護学　　□ 小児看護学□ 母性看護学 □ 精神看護学　 □ 地域・在宅看護論　□ 看護の統合と実践　２．あなたは現在、実習指導にあたっていますか。　　　□あたっている（通算　　　　　年　　　　ヶ月）□受講後、指導にあたる予定（　□指導経験なし　□過去に指導経験あり　　年）□予定がない |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　日　（　　歳）令和7年３月３１日現在 |
| 現　住　所 | 〒 |
| 勤務場所 | ふりがな施 設 名 | 　 |
| 住　所 | 〒 |
| 部 署 名 | （例：3B病棟）　 | 診療科 | （例：消化器内科） |
| 職　種 | □保健師　　□助産師　　□看護師　（現在の勤務場所における職種） |
| 職　位 | □師長クラス　□副師長・主任クラス　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 実務年数 | 満　　　　年　（准看護師経験年数は除く）令和7年３月３１日現在 | 実習指導方法演習（指導案作成）領域の希望　基礎看護学　　　成人看護学　　　老年看護学　　看護の統合と実践　精神看護学　　 地域・在宅看護論 |
| 学歴 |  | 学校名 | 卒業年月 | 修業年限 |
| 第１希望 | 第２希望 |
| 一般学歴（最終学歴） |  | 年　月 | 年 |
| 実習指導方法演習は実習指導の方法を学ぶものであり、領域は調整する場合があることをあらかじめご了承ください。 |
| 専門学歴 | 保健師 |  | 年　月 | 　　　年 |
| 助産師 |  | 年　月 | 年 | 履修科目の認定　　□免除を希望する（様式3を提出） |
| 看護師 |  | 年　月 | 年 |
| 福島県看護協会会員番号 |  | * 非会員
 | （受講時の交通手段：例：乗用車等）　 | （受講時の宿泊の有無）□有　　　□無 |

（個人情報の取り扱い）　本講習申込みで得た情報は、講習会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはありません。