|  |
| --- |
| 令和7年度 №78　保健師助産師看護師実習指導者講習会　受講申込書 |

講習会の内容は、冊子「令和7(2025)年度 教育・研修・学会計画」のp.41を参照してください。

申込日　：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推薦者氏名 |  | 推薦者役職 |  |

＊推薦者の方、もしくは施設代表者の方に連絡をすることがあります。必ず了解を得て、記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 連絡先 | 施設TEL： 　　　　　　　 　内線：　　 　　　　　個人携帯TEL：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受講者氏名 |  |
| 年齢/生年月日 | 　　　　　歳　/　昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | E-mail：　**(受講決定後の連絡に必須。アルファベットや数字等、明確に入力ください。　※手書きはご遠慮ください。)** |
| 岡山県看護協会会員番号（6ｹﾀ） |  |  |  |  |  |  | 施設番号(4ｹﾀ) |  |  |  |  |
| 所属施設名（所属部署） |  | 施設住所 | 〒 |
| 実務経験 | 看護師 　　 年保健師 　　 年助産師 　　 年 | 職位(○で囲んでください) |  1. 師長クラス 　　　　　　　　　　 2. 副師長・主任クラス 3. スタッフ 　　　　　　　　　　　 4. その他( )  |
| 専門学歴 | 学校名 | 卒業年月 | 所属施設の規模 |
| 看護師　 | 年　　　月 | 1.　500床以上 2.　499～300床3.　299～100床 4.　99～20床5.　19床以下 6.　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 保健師　 | 年　　　月 |
| 助産師　 | 年　　　月 |
| 認定等　 | 年　　　月 |
| 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 |  |
| 実習の受け入れ状況 | 受け入れている ・ 受け入れていない ・ 予定あり | 実習指導者の経験の有無 | あり　・　なし |
| 受け入れ養成所 | 実習科目 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 演習の希望領域順位 | 基礎 | 成人急性期 | 成人慢性期 | 老年 | 小児 | 母性 | 精神 |
|  |  |  |  |  |  |  |

講習会後半で、指導案作成の演習を行います。第３希望までの順位を記入してください。

志望動機　＊この講習会で学びたいこと、得たいこと、実習指導などで困っている ことなどを踏まえて記載（200字程度)

|  |
| --- |
|  |

駐車場使用希望

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望  | あり ・ なし | 車のプレートNo.　例）岡山　330　あ　12-34 |  |

＊**メールアドレスは、受講者個人のアドレスを入力してください。不特定多数者が閲覧できるアドレスは不可ですので、ご注意ください。**

下記まで**郵送で**お申込みください。【申込期間 ： 令和7年5月1日(木)～5月15日(木)　※期間内必着】

＜申 込 先＞ 岡山県看護研修センター 　研修受付係

 〒700-0805 岡山市北区兵団4番31号 TEL. 086-221-7223　 FAX. 086-221-7236