|  |
| --- |
| 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