**保健師助産師看護師実習指導者講習会　申込書**

**2022年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | **生年月日****（年齢）** | 西暦 | 年 月 日（満　　　　歳） | **男****女** | **写真を貼る位置****縦4cm×横3cmの写真を使用して下さい。** |
| **氏名** | 印 |  |
| フリガナ |  |
| **現住所** | 〒 |
|  |
| 電話番号：（　　　　　）　　　　　　− |
| フリガナ |  |
| **勤務先****名称** |  |
| フリガナ |  |
| **勤務先****住所** | 〒 |
|  |
| 勤務先電話番号：（　　　　　）　　　　　　− |
| フリガナ |  |
| **緊急****連絡先** | 連絡者名： | 続柄： |
| 〒 |
|  |
| 電話番号：（　　　　　）　　　　　　− |
| **免許・資格**（保健・医療・福祉に関する事項） |
| 昭和平成 | 年　　月 | 看護師免許 | （看護師籍第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号） |
| 昭和平成 | 年　　月 | 保健師免許 | （保健師籍第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号） |
| 昭和平成 | 年　　月 | 助産師免許 | （助産師籍第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号） |
| 昭和平成 | 年　　月 | 准看護師免許 | （准看護師籍第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号） |
| 昭和平成 | 年　　月 |  |
| 昭和平成 | 年　　月 |  |

|  |
| --- |
| **学歴**（看護専門学歴は必須、その他の学問領域に関する大学・大学院等の学歴がある場合はご記入下さい） |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| **職歴（※准看護師の職歴記載不要）**（看護職としての実務経験、診療科についてもご記入下さい） | **役職** | **勤務年数**（産休・育休・休職期間は除く） | **実習指導者経験の有無及び期間** | **産休・育休****・休職期間** |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| **合計** | 年　ヵ月 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月 |

**保健師助産師看護師実習指導者講習会　申込書**

**記載見本**

**2022年　6　月　1　日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | イセハラ　ハナコ | **生年月日****（年齢）** | 西暦 | 1982 年 8 月 1 日（満　38　歳） | **男****女** | **写真を貼る位置****縦4cm×横3cmの写真を使用して下さい。** |
| **氏名** | 伊勢原　花子　　印 |  |
| フリガナ | カナガワケン○○○シ |
| **現住所** | 〒　243-0000 |
| 神奈川県○○市○○○1丁目1-1 |
| 電話番号：（　　　　　）　　　　　　− |
| フリガナ | □□□□□□□□□ビョウイン |
| **勤務先****名称** | □□□□□病院 |
| フリガナ | カナガワケン△△シ |
| **勤務先****住所** | 〒　259-0000 |
| 神奈川県△△市 |
| 勤務先電話番号：（　　　　　）　　　　　　− |
| フリガナ | イセハラ　タロウ |
| **緊急****連絡先** | 連絡者名：　伊勢原　太郎 | 続柄：　夫 |
| 〒　243-0000 |
| 神奈川県○○市○○○1丁目1-1 |
| 電話番号：（　　　　　）　　　　　　− |
| **免許・資格**（保健・医療・福祉に関する事項） |
| 昭和22平成 | 年　　月 | 看護師免許 | （看護師籍第　　 987654321　　　　　　　　　　　　　　　　号） |
| 昭和平成 | 年　　月 | 保健師免許 | （保健師籍第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号） |
| 昭和平成 | 年　　月 | 助産師免許 | （助産師籍第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号） |
| 昭和平成 | 年　　月 | 准看護師免許 | （准看護師籍第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号） |
| 昭和平成 | 年　　月 |  |
| 昭和平成 | 年　　月 |  |

|  |
| --- |
| **学歴**（看護専門学歴は必須、その他の学問領域に関する大学・大学院等の学歴がある場合はご記入下さい） |
| 2001年　3月 | ×××高等学校卒業**看護専門学校の種別も記載して下さい。****＊2年課程通信制 ＊2年課程全日制****＊2年課程定時制 ＊3年課程****＊統合カリキュラム** |
| 2001年　4月 | ○○大学文学部文学科入学 |
| 2005年　3月 | ○○大学文学部文学科卒業 |
| 2007年　4月 | ◇◇◇◇◇看護学校入学（統合カリキュラム） |
| 2010年　3月 | ◇◇◇◇◇看護学校卒業 |
| 年　　月 | **准看護師としての職歴記載は不要です。****看護師としての職歴のみ記載して下さい。** |
| 年　　月 |  |
| **職歴（※准看護師の職歴記載不要）**（看護職としての実務経験、診療科についてもご記入下さい） | **役職** | **勤務年数**（産休・育休・休職期間は除く） | **実習指導者経験の有無及び期間** | **産休・育休****・休職期間** |
| 2010年　4月〜2013年　3月 | ○○○○○病院消化器内科 |  | **3**年**0**ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 2013年　4月〜2016年　3月 | □□□□□病院呼吸器外科 |  | **1**年**6**ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | **1**年**6**ヵ月（産休・育休） |
| 2016年　4月〜年　　月 | □□□□□病院整形外科 |  | **5**年**2**ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| 年　　月〜年　　月 |  |  | 年　ヵ月 | 有無 | 年　ヵ月 | 年　ヵ月（　　　　） |
| **合計** | **9**年**8**ヵ月 | **0**年　ヵ月 | **1**年**6**ヵ月 |

**西暦記載**