保健師助産師看護師実習指導者講習会　申込書

2023 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：（　　）　　－				
メールアドレス	＊PC アドレス限定、携帯メールアドレス不可				

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

記載見本

保健師助産師看護師実習指導者講習会　申込書

202〇年　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	カナガワケン〇〇〇シ
現住所	〒　243-0000 神奈川県〇〇市〇〇〇1 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：（　　）　　－
メールアドレス	tokai〇〇〇〇@×××.ｊｐ ＊PC アドレス限定、携帯メールアドレス不可

免許・資格（保健・医療・福祉に関する事項）

昭和 平成 22	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	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
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	
年　　月	

西暦記載

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

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。

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　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		7 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	11 年 8 ヵ月	0 年　ヵ月		1 年 6 ヵ月

本年 6 月までの
期間で記入して下さい

年　　月　　日

東海大学看護師キャリア支援センター
所長　横田　弘子　様

推　薦　書

2023 年度 実習指導者講習会受講者として、当施設より下記の者を推薦いたします。

受講希望者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　施設優先順位　　位

推薦理由

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

推薦者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　職位 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保健師助産師看護師実習指導者講習会　課題レポート

テーマ：

施設名：

氏　名：

（本文は次の行より入力　　40 字×40 行）

保健師助産師看護師実習指導者講習会

申込書類チェックリスト

提出書類を確認し、□欄に✔を記入してください。

□　保健師助産師看護師実習指導者講習会申込書 1 通

　　□　押印しましたか？

　　□　実務経験年数、実習指導者経験の有無は記入しましたか？

　　□　職位の記入はしましたか？

□　所属長の推薦書 1 通

□　課題レポート

書類の不備は、審査の対象外となります。
このチェックリストは、申込書類と一緒に提出してください。

東海大学看護師キャリア支援センター
保健師助産師看護師実習指導者講習会

259－1193

神奈川県伊勢原市下糟屋143

東海大学看護師キャリア支援センター

実習指導者講習会担当者　様

簡易書留

（申込書在中）