

様式4

平成30年度特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会申込書

※協会記入欄

申込期間：平成30年4月10日～4月21日

優先順位

受付日※

受付番号※

※同施設で複数名申し込みの場合は、優先順位をご記入ください

()

受付日※	受付番号※
/	

太枠内をもれなく楷書で記入、またはレ印をつけてください。平成30年4月1日現在の状況について記入してください。

フリガナ 氏名	生年月日 □男 □女	□昭和□平成 年 月 日 (歳)	顔写真 縦4cm×横3cm (顔がはっきりわかるもの)
施設名:			
施設住所: 〒 (TEL) (FAX)			
自宅住所: 〒 (TEL) 自宅: 携帯:			
最寄駅:			
職種	□保健師	□助産師	□看護師
職位	□看護師長	□副看護師長	□主任 □実習指導者(□専任・□兼任)
	□スタッフ	□看護教員	□その他()
経験年数	□保健師 年	□助産師 年	□看護師 年 □准看護師 年
	通算経験年数 年		
指導経験	□有(年) □無		
実習受け入れ状況	□受け入れている □受け入れ予定あり □受け入れなし・予定なし □教育機関のため非該当・その他		
実習受け入れ教育機関	□看護大学 □看護短期大学 □看護師養成所(3年課程) □看護師養成所(2年課程)		
	□准看護師養成所 □高等学校5年一貫看護師養成課程 □その他()		
この講習会を受講するにあたって、自己の課題を簡潔に3項目お書きください。			
1			
2			
3			
所属施設(看護職)の推薦理由			
職名 _____ 氏名 _____ 印			
駐車場希望の有無	□自家用車 □バイク・自転車 □どちらも希望しない		
看護協会入会の有無	□会員(埼玉県看護協会会員No. _____) □非会員		

※4月上旬に埼玉県医療人材課から送付される研修案内を確認の上、受講申し込みをしてください。

申し込み方法: 郵送にて受付(FAX/ホームページ申し込みは不可)受講費用の振込は受講決定後となります。

提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、それ以外の目的では使用いたしません。