

受講希望者個人調査

A 受講希望者氏名等	ふりがな				<写真貼付欄> 縦4cm×横3cm (写真は6か月以内に撮影したもので、無帽正面から撮影したもの)
	氏名	(男・女)			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	歳	
	住所	〒			
	電話				
					令和 年 月 日撮影

B 現在の勤務場所	ふりがな 施設名称			
	所在地	〒	TEL	
	現在の職名			
	現在の担当			

C 学歴	学 校 名		卒業年月	修業年限	
	専 門 学 歴		昭和 平成 令和	年 月	年
			昭和 平成 令和	年 月	年
			昭和 平成 令和	年 月	年
			昭和 平成 令和	年 月	年

D 職歴	就業場所(施設名)	主な経験内容	職名	就 業 年 月	
				昭和 平成 令和	年 月～現在
				昭和 平成 令和	年 月～ 昭和 平成 令和 年 月
				昭和 平成 令和	年 月～ 昭和 平成 令和 年 月
				昭和 平成 令和	年 月～ 昭和 平成 令和 年 月
				昭和 平成 令和	年 月～ 昭和 平成 令和 年 月
				昭和 平成 令和	年 月～ 昭和 平成 令和 年 月
				昭和 平成 令和	年 月～ 昭和 平成 令和 年 月

E 臨床経験年数	職種	勤務年数	取得免許	免許の種類 (※取得している免許全てに○印を付け、免許番号を記入する)	
	保健師	年 か月		保健師	No.
	助産師	年 か月		助産師	No.
	看護師	年 か月		看護師	No.
	准看護師	年 か月		准看護師	No.

F 所属施設の実習受入れ状況及び実習指導予定

① 実習の受入れの有無 ※該当するものに○印をしてください。

受け入れている ・ 受け入れていない ・ 今後受け入れる予定(年度から)

実習を受入れている(又は受入れ予定)の養成所	実 習 科 目	該 当 に○	実習を受入れている養成所等の名称 (受入れる予定も含めて)
保健師学校養成所	公衆衛生看護活動展 開論実習		
	公衆衛生看護管理論 実習		
助産師学校養成所	助産学実習		
看護師学校養成所	老年看護学実習		
	小児看護学実習		
	母性看護学実習		
	地域・在宅看護論実習		

② 現在の役割及び今後の予定 ※該当するものに○印をしてください。

- () 現在、看護学生の実習指導を担当している。
 () 現在は看護学生の実習指導を担当していないが、今後、実習指導を担当する予定である。

G 志望の動機 (※この講習会で学びたいこと、得たいこと、実習指導等で困っていること等を踏まえ、欄全体を使用し記載すること。)**H 演習グループ希望**

※ 講習会の中で「実習指導案の作成」の演習を行います。その時のグループ分けの参考にしますので、次の()内へ 第1希望に「1」、第2希望に「2」を必ず記載してください。

- () 公衆衛生看護学実習 () 助産学もしくは母性看護学実習
 () 老年看護学実習 () 地域・在宅看護論実習