2025 年度 国際医療福祉大学保健師助産師看護師実習指導者講習会 受講申込書

太枠内を全て漏れなく記入または☑をしてください。

ふりがな				
氏名				
生年月日	西暦	年	月	日 (満 歳)
自宅住所	〒 _____ (必須) 日中、連絡の取れる電話番号 _____			
メールアドレス	@			
所属施設名			職 位	
所属施設住所	〒 _____ 電話番号 _____			
職業実践プログラムの要件	☐ 「学校教育法第 90 条に規定する大学に入学することができる」要件を満たしている。			
看護職実務経験年数 (通算) <small>* 准看護師の経験は含まない</small>	保健師 年	助産師 年	看護師 年	合計 年
指導の状況	各設問について、あてはまるものを☑してください。 1. 現在、看護学生の実習指導を (☐ している・ ☐ していない・ ☐ 今後指導する予定) 2. 実習指導の経験は (☐ ある _____年_____ヶ月 ・ ☐ ない)			
図書館利用希望 キャンパス	図書館利用希望キャンパスを 1 カ所☑してください。 ☐ 大田原 ・ ☐ 成田 ・ ☐ 東京赤坂 ・ ☐ 小田原 ・ ☐ 熱海 ・ ☐ 福岡 ・ ☐ 大川			
上司の意見	(氏名) _____を保健師助産師看護師実習指導者講習会受講者として推薦する。 受講希望者が複数いる場合は、施設内優先順位を決めてください。 (_____ 位/ _____ 人中) _____年 _____月 _____日 職位_____ 氏名_____			

【個人情報の取扱い】この個人情報は、受講申込に伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはしません。なおこの範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱いま