

第21回山形県看護実習指導者講習会 受講申込書

申込月日:平成22年 月 日

職 能	保・助・看	山形県看護協会会員番号	
ふりがな 氏 名			生年月日
			性 別 男 ・ 女
設 置 主 体			施 設 名
看護職員としての 実務経験年数	年		
現 在 の 職 位		現勤務部署名	(従事年数 年)
施 設 住 所	〒	TEL(内線)	( )
		FAX	
自 宅 住 所	〒	TEL	
		FAX	
過 去 3 年 間 に 受 け た 研 修 会・ 講 習 会 へ の 参 加 状 況 (新しい年の順)	研修会等の名称		主催者名
			開催期間
看 護 学 生 実 習 指 導 状 況	1. 貴施設で看護学生の実習を受け入れていますか。 ①受け入れている      ②受け入っていない      ③将来受け入れる予定 ( 年頃) ①と答えた方のみ該当する課程をすべて選んでください。 イ 大学教育課程      ロ 看護師3年課程      ハ 看護師2年課程 ニ 看護師5年一貫教育課程      ホ 准看護師教育課程		
	2. あなたは現在指導にあたっている (通算年数 年) ①指導にあたっている (通算年数 年) ②受講後指導する予定 ③全く予定していない		
経 費 負 担	1. 全額自己負担      2. 一部自己負担      3. 全額公費      4. その他( )		