

第22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23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	<p>1. 貴施設で看護学生の実習を受け入れていますか。</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>イ 大学教育課程 ロ 看護師3年課程 ハ 看護師2年課程</p> <p>ニ 看護師5年一貫教育課程 ホ 准看護師教育課程</p> <p>2. あなたは現在指導にあたっている (通算年数 年)</p> <p>①指導にあたっている (通算年数 年)</p> <p>②受講後指導する予定</p> <p>③全く予定していない</p>			
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()			