

山形県保健師助産師看護師実習指導者講習会 受講申込書

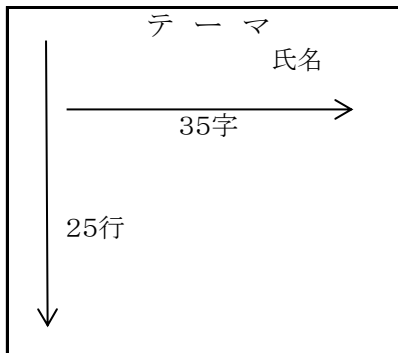
※ 下記の該当する項目を○で囲んでください。

申込月日: 年 月 日

ふりがな 氏 名			生年月日	職 能	職 位
施設住所	〒		施設名		
会員情報	山形県看護協会 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	会員番号	実務経験年数 年		
最終専門学歴	大学院 大学 短期大学		3年課程看護師学校	2年課程看護師学校	
	5年一貫校 看護専攻科高校		保健師・助産師学校養成課程	その他( )	
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. 実習指導経験はありますか。 ①現在指導にあたっている (通算年数 年)    ②全く予定していない ③受講後指導する予定 (指導経験 無, 過去に指導経験 有 年)				
グループワークで 希望する実習科目	第1希望 番	第2希望 番	①基礎看護学    ②成人看護学    ③母性・小児看護学 ④精神看護学    ⑤老年看護学    ⑥在宅看護学		

1、講習会参加にあたっての**自己の課題とその理由** ※(枠内にそのまま箇条書きとしてください)

2、テーマ 「**わたしが看護学生に伝えたい看護**」(800字程度で述べてください)



下記の条件で別紙にまとめ、提出してください。

- ・A4用紙1枚以内、用紙は縦に使用し、横書き
- ・ワードを使用し、35字×25行、MS明朝 11ポイントの設定で、テーマ、氏名も含める
- ・余白は各自適度に設定する
- ・様式4と合わせて提出する

\* 作成したレポートは講義で使用することがあるため、ファイルとして媒体に保存しておく。

【個人情報の取り扱い】

研修申込みで得た個人情報は、研修に伴う書類作成・発送などに用い、利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得たうえで取り扱います。

会員、非会員により、選考に不利益が生じることはありません