令和4年度 奈良県保健師助産師看護師実習指導者講習会

顔写真

（3㎝×4㎝）

**※申込時は**

**不要**

様式2

**受　講　申　込　書**（一般分野）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日　（昭和・平成）　年　月　日（　　歳） |
| 自宅住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（自宅）：　　　　　　　　　　　（携帯） |
| メールアドレス |  |
| 勤務先施設名 |  | 部署名　　　　　　　　　（内線　　　　）　　　　　　　　　　　 |
| 勤務先施設住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 職　種 | □保健師　□助産師　□看護師　 |
| 職　位 | 　□スタッフ□副師長　□主任　□副主任　□その他（　　　　　　） |
| 役　割 | 　□実習指導者（経験　　年　　カ月）□実習指導予定者　□その他（　　　　　　　　） |
| 一般最終学歴 | （学　校　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（卒業年月）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月 |
| 専門学歴 | 　　（学　校　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（卒業年月）（看）　　　　　　　　　　　　　　　　　（　年課程）西暦　　　　年　　月 |
| （助）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月 |
| （保）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月 |
| 実務経験年数 | 　　　　　年　　　カ月　（2022年3月末） |
| 看護協会会員 | □会員（奈良県№　6桁） |  |  |  |  |  |  | □非会員 |
| 希望する指導案作成実習領域 |  | ※実習指導案作成は個人ワーク。自部署で受け入れている実習領域を選択のこと。 |
| 受講動機（200字以内） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 単位認定希望既習科目 |  |

【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、受講生への連絡、受講者背景等の奈良県への報告、

学習ニーズの把握に用い、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す。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人　奈良県看護協会