保健師助産師看護師実習指導者講習会申込書（FAX不可）

○施設長あるいは看護部門責任者の推薦が必須となります。

施設推薦順位	
施設長あるいは看護部門責任者の推薦 推薦者：（職位）　　（氏名）	
問い合わせ先　※書類等の内容確認の連絡を行うことがあります。 担当課・係：　　担当者名：	
施設の実習受け入れ状況	貴施設における平成29年度の看護師等養成所実習の受け入れ状況等についてご記入ください。 准看護師課程（　　）校　看護師2年課程（　　）校　看護師3年課程（　　）校　合計　　校 保健師過程（　　）校　助産師過程（　　）校　看護大学（　　）校 実習受け入れ部署数　　ヵ所 ※平成29年度の実習受け入れがない場合、平成30年度以降の予定等について記入してください。 ※平成30年度以降の新規受け入れ学校養成所名を記載してください。 新規受け入れ学校名：　実習科目：　平成　年度から 新規受け入れ学校名：　実習科目：　平成　年度から ※実習受け入れ予定部署数　　ヵ所
施設全体での実習指導者講習会修了者数（看護部長等実習指導を統括する者は除く）	人

○各欄には正確に記載し、また該当するものには、レ点をつけてください。

☐会員　（☐ 手続き中）　北海道看護協会会員番号			支部名　　支部			☐ 非会員
ふりがな		生年月日	性別	職種	実務経験	
氏名		☐昭和　年　月　日 ☐平成　年　月　日	☐男 ☐女	☐保 ☐助 ☐看	年　か月 ※准看護師経験年数は除く	
ふりがな		病床数（入所所定数）	部署名・診療科			
施設名		床（名）	（例：2B病棟・心臓血管外科）			
施設住所	〒　－		電話番号			
自宅住所	〒　－		電話番号			
職位		実習指導経験	☐経験あり ☐経験なし	実習指導経験年数　年　か月		
所属部署の実習受け入れ状況（複数回答可）	☐基礎看護学実習 ☐成人看護学実習 ☐老年看護学実習 ☐小児看護学実習 ☐母性看護学実習 ☐精神看護学実習 ☐在宅看護論実習 ☐看護の統合と実践実習	実習指導経験科目（複数回答可）	☐基礎看護学実習 ☐成人看護学実習 ☐老年看護学実習 ☐小児看護学実習 ☐母性看護学実習 ☐精神看護学実習 ☐在宅看護論実習 ☐看護の統合と実践実習			
この講習会における応募の動機・実習指導上の課題についてお書きください。						

〈個人情報の取扱い〉

本協会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。申込みに際して得た情報は、申込みに伴う書類発送、研修運営、評価に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。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。

〈会員番号　生年月日について〉

会員番号は、会員の有無、受講決定通知送付など事務処理上に使用します。また、生年月日は、会員本人確認のためと修了証明書に明示するために使用いたします。