

# 令和4年度 (特定分野)保健師助産師看護師実習指導者講習会 申込書 (FAX不可)

## 応募期間 令和4年5月1日～5月31日 17時 必着

○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) <span style="float: right;">(氏名)</span>
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: <span style="float: right;">担当者:</span>

貴施設の状況についてご記入ください。

① 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												
② 今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。 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>准看護師課程 ( )校</td> <td>看護師2年課程 ( )校</td> <td>看護師3年課程 ( )校</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高等学校及び専攻科(5年一貫校) ( )校</td> <td colspan="2"></td> <td>※合計( )校</td> </tr> <tr> <td>看護大学 ( )校</td> <td>保健師課程 ( )校</td> <td>助産師課程 ( )校</td> <td></td> </tr> </table>	准看護師課程 ( )校	看護師2年課程 ( )校	看護師3年課程 ( )校		高等学校及び専攻科(5年一貫校) ( )校			※合計( )校	看護大学 ( )校	保健師課程 ( )校	助産師課程 ( )校	
准看護師課程 ( )校	看護師2年課程 ( )校	看護師3年課程 ( )校										
高等学校及び専攻科(5年一貫校) ( )校			※合計( )校									
看護大学 ( )校	保健師課程 ( )校	助産師課程 ( )校										
③ 実習受け入れ部署数 ( )カ所												

※まだ実習の受け入れをしていない施設は、次年度以降の予定等についてご記入ください。

① 新規受け入れ学校名:( )実習科目:( )令和( )年度から 新規受け入れ学校名:( )実習科目:( )令和( )年度から
② 実習受け入れ予定の部署数 ( )カ所

○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。

<input type="checkbox"/> 2022年度会員 ( <input type="checkbox"/> 手続き中)	北海道看護協会会員番号	支部名	<input type="checkbox"/> 非会員
ふりがな	生 年 月 日	性別	職 種
氏 名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看
実務経験	年 月 日	実務経験	年 月 日
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・小児科)	
施設住所	〒	電話番号	
自宅住所	〒	電話番号	
職 位	実習指導経験	<input type="checkbox"/> 経験なし	<input type="checkbox"/> 経験あり → 実習指導経験年数 _____ 年 _____ 月

所属部署の実習受け入れ状況 (複数回答可)		演習で希望する実習科目名について	
課程	<input type="checkbox"/> 准看護師課程	実習科目	<input type="checkbox"/> 老年看護学実習
	<input type="checkbox"/> 看護師2年課程		<input type="checkbox"/> 小児看護学実習
	<input type="checkbox"/> 高等学校及び専攻科(5年一貫校)		<input type="checkbox"/> 母性看護学実習
	<input type="checkbox"/> 看護師3年課程(大学含む)		<input type="checkbox"/> 地域・在宅看護論実習
	<input type="checkbox"/> 助産師課程(大学含む)		<input type="checkbox"/> 助産学実習
	<input type="checkbox"/> 保健師課程(大学含む)		<input type="checkbox"/> 公衆衛生看護学実習
	第1希望		
	第2希望		

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簡潔にお書きください。

--

〈個人情報取扱い〉  
 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、評価に使い、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。