様式2－1

※証明写真貼付欄

（4㎝×3㎝）

裏面に氏名記入

撮影6ヵ月以内

※協会記入欄

2018年度 第　回

大阪府保健師助産師看護師実習指導者講習会

**受 講 申 込 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号(大阪府) |  |  |  |  |  |  | 非会員 | 性別 | 生年月日  年齢 （平成30年4月1日現在) | | |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |  | 年　 　月　 　日生  （　　　　　　歳） | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒　　　　-  TEL | | | | | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | | | | | | 施設№ |
|  |
| 所在地 | 〒　　　　-  TEL | | | | | | | | | | |
| 職能 | □ 保健師　　　　□ 助産師　　　　□ 看護師 | | | | | | | | | | |
| 職位 | □スタッフ　　　 □ 主　任　　　　□その他(　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 一般学歴 | ( 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 | |
| 最終専門学歴 | □ 大学院　□ 看護大学　□ 看護短大3年　□ 看護短大2年  □ 看護3年課程　□ 看護2年課程　□ 保健師課程　□ 助産師課程 | | | | | | | | | | |
| 経験年数  (2018年３月末現在) | 看　　　　　　　年　　　　ヵ月 | | | | | | | | | | |
| 助　　　　　　　年　　　　ヵ月 | | | | | | | | | | |
| 保　　　　　　　年　　　　ヵ月　　　合計　　　　年　　　ヵ月 | | | | | | | | | | |

様式2-2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護師免許取得後の職歴 | 施設名 | 期　　間  (施設・職位変更毎に記載する) | 職　位 |
|  | 西暦　 　　　年　　月　　～　　 年　　月 |  |
|  | 年　　月　　～　　 年　　月 |  |
|  | 年　　月　　～　　 年　　月 |  |
|  | 年　　月　　～　　 年　　月 |  |
|  | 年　　月　　～　　 年　　月 |  |
|  | 年　　月　　～　　 年　　月 |  |
|  | 年　　月　　～　　 年　　月 |  |
|  | | **合計　　　年　　　ヵ月** |  |
|  | | うち実習指導経験年数　　　　　　年　　ヵ月 |  |

|  |
| --- |
| 臨地実習指導で、今までに最も困った経験は何でしたか。  (経験がない場合は「経験なし」と記載する。) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |