様式２

※写真貼付

６カ月以内

(４×３㎝)

2024年度

大阪府保健師助産師看護師実習指導者講習会（特定分野）

**個　人　調　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号(大阪府) |  |  |  |  |  |  | 非会員 | 性別 | 生年月日(西暦)  年齢 （今年度4月1日現在) | | |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 男・女 | 年　 　月　 　日生  　　（　　　　歳） | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 現 　住　 所 | 〒　　　　-  　　　　　TEL | | | | | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | | | | | | 施設№ |
|  |
| 所在地 | 〒　　　　-  TEL | | | | | | | | | | |
| 現在の職種 | □ 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 | |
| 職歴（経験年数）  （前年度末現在) | 看護師 ：［　　 　年　　　ヶ月 ］  助産師 ：［　 　年　 　ヶ月 ］  保健師 :［ 　　年　 　ヶ月 ］  合　計 :［　 　年　 　ヶ月　］ | | | | | | | | | | |
| 専門職歴 | 病院（　　　）年・診療所（　　　）年・助産院（　　　）年  保健所・保健センター（　　　）年・訪問看護ステーション（　　　）年  介護老人保健・福祉施設（　　　）年・その他（　　　）年 | | | | | | | | | | |
| 実習指導歴 | 実習指導の経験の有無　：［　　有　　・　　無 　　］  実習指導者としての経験年数 ：［　　　年　 　ヶ月］ | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 臨地実習指導で、今までに最も困った経験は何でしたか（経験が無い場合は経験なしと記載） |