様式２

※写真貼付

６カ月以内

(４×３㎝)

2025年度 第1回

大阪府保健師助産師看護師実習指導者講習会

**個　人　調　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号(大阪府) |  |  |  |  |  |  | 非会員 | 性別 | 生年月日 |
| 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　□ 副師長　□ 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 □統合ｶﾘｷｭﾗﾑ□ 高校（5年一貫）□ 保健師課程 □ 助産師課程　□ 看護3年課程□ 看護2年課程（全日制・定時制） □ 看護2年課程（通信制） |
| 経験年数(開催年度前年度末現在) | 看　　　　　　　年　　　　ヵ月 |
| 助　　　　　　　年　　　　ヵ月 |
| 保　　　　　　　年　　　　ヵ月　　　合計　　　　年　　　ヵ月 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護師免許取得後の職歴 | 施設名 | 期　　間(開催年度前年度末までの状況を施設・職位変更毎に記載する) | 職　位 |
|  | 　 　　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。) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |