令和７年度岩手県看護実習指導者講習会受講申込書

（令和７年　　月　　日作成）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　　日生（　　　　歳） |
| 氏　　名 | 男・女 | 令和７年度岩手県看護協会　　□会員　　□非会員会員番号（6桁）（　　　　　　　　　　） |
| 施設名 |  |
| 設置主体 | □公立　　　□独立行政法人　　　□医療法人　　　□学校法人　　　□財団法人□組合・共済・健保組合　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務場所 | 病棟（　　　　　　　　　科）外来（　　　　　　　　　科）その他(　　　　　　　　　　) |
| 職　　位 | 省略せず正式名称をお書きください。 |
| 専門学歴 | 最終学校名 |
| 免　　許 | 　□保健師　　　□助産師　　　□看護師 |
| 経験年数 | 　□保健師（　　　　年）　　　□助産師（　　　　年）　　　□看護師（　　　　年） |
| 実習指導者としての経験 | 　□有り（　　　　年）　　　□無し |
| 自宅住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話（　　　　　　　　　　　　） |
| 受講動機・課題 |  |
| 施設看護管理者（自署）　　職名　　　　　　　　　　　　　　氏名 |

注：個人情報は、当協会の規定に基づき、使用範囲を限定し厳重な管理のもと適切に取り扱います。

ご記入は正確に、該当する箇所に○または☑をお付けください。