

令和7年度香川県保健師助産師看護師実習指導者講習会

推薦書

公益社団法人香川県看護協会

会長 様



こちらのQRコードより  
お申し込みください

令和7年 月 日

施設名  
連絡先  
施設代表者  
(職位)

令和7年度香川県保健師助産師看護師実習指導者講習会の受講者として、下記の者を推薦します。  
( \* 推薦者が複数名の場合は、1枚に全員記入し推薦順位を入れてください。 )

推薦順位	推薦者氏名

\* 実習受け入れ学校の状況について（該当する箇所に○をつけてください。）

実習受け入れ学校の種類	受入れ 学校・養成所	受入れ予定 学校・養成所	
大学 (大学院)	看護師		
	保健師		
	助産師	修士課程	
		助産学専攻科	
看護師 3年課程	看護専門学校4年		
	看護専門学校3年		
看護師 2年課程	専攻科		
	専門学校2年		
	看護学校定時制3年		
	通信制		
5年一貫	専攻科		
	看護科		
准看護師	学校（衛生看護科）		
	養成所		
その他			

(申し込み期間7月1日～7月16日)