

令和7年香川県保健師助産師看護師実習指導者講習会申込書



こちらのQRコード
よりご入力ください

令和7年 月 日 提出

ふりがな			性 別	男 ・ 女	
受講者氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
会 員	香川県看護協会会員 ・ 非会員 ・ 入会手続き中		職 位	看護師長/副看護師長相当/スタッフ 該当する職位に○を付けて下さい。	
有 資 格	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師				
所属施設名			電 話		
			F A X		
施設住所	〒				
	住所				
eラーニング受講専用のアドレス 注1) パソコンでの受講を前提とします。 (eラーニング受講専用アドレスをご記入ください)			@		
【奨励環境】OS: Windows10.15以上、ブラウザ: MicrosoftEdge、Googlechrome最新版、Safari最新版、ソフトウェア: AdobeAcrobatReader、メモリ: 1GB以上 (32bitOS)、2GB以上 (64bitOS) 解像度: 1024×768pixel以上、通信速度: ブロードバンド環境奨励					
最終専門学歴	学校名 (学科、教育課程等も記載)				
実習指導者経験年数 (令和7年7月1日現在)		年 か月		☐ 実習指導者担当予定	
看護職実務経験年数		☐ 3年未満 ☐ 3年以上5年未満 ☐ 5年以上10年未満 ☐ 10年以上20年未満 ☐ 20年以上			
現在の勤務部署		記入例) 消化器病棟 外来等			
演習で希望する領域 (指導案作成)		1 基礎 2 成人 3 精神 ※左の番号を下段の()に記入してください。			
		第1希望 () 第2希望 () 第3希望 ()			
受講動機					
受講資格		() ①保健師養成所、助産師養成所、看護師養成所又は准看護師養成所の実習施設で実習指導の任にある者 () ②将来、①の実習施設で実習指導者となる予定にある者 () ③①の養成所で実習指導の任にある者			
推薦理由 (上記該当する受講資格に ○をつけ、看護代表者がご 記入ください。)					

(申し込み期間7月1日～7月16日)