令和3年度　宮崎県保健師助産師看護師実習指導者講習会　　個人調査票

令和3年4月1日現在の状況を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ 男  氏　名 女 | | | | | | | | |  | 生年月日  S ・ H 年 月 日 （ ）歳 | | | |
| 勤務先 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | |
| 名　称 | | |  | | | | | | | | | |
| 住　所 | | | 〒  （TEL） | | | | | | | | | |
| 勤務部署： | | | | | | | 診療科： | | | | | |
| 職種（勤務している職種） | | | | | | | 保健師 助産師 看護師 | | | | | | |
| 職位 | | 看護師長 副看護師長 主任 スタッフ 看護教員 その他( ) | | | | | | | | | | | |
| 経験年数 | | | | 保健師 年 助産師 年 看護師 年 准看護師 年 | | | | | | | | | |
| 通算経験年数 （ ）年 ＊准看護師は含めずに記入 | | | | | | | | | |
| 学 歴 | | | | | 学校名 | | | | | | | 卒業月日 | |
| 専門学歴 | ＜看護師＞ | | | | **（**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**）**  ＊必ず該当するものに印をつける（大学院・大学・統合カリキュラム・3年課程・2年課程・2年課程通信制・5年一貫・高等学校専攻科） | | | | | | | 年 月 | |
| ＜助産師＞ | | | |  | | | | | | | 年 月 | |
| ＜保健師＞ | | | |  | | | | | | | 年 月 | |
| 他の講習会受講状況 | | | 年　月 | | | 名称（1ヶ月以上の講習会のみ記載） | | 主催 | | | 期間 | | 受講場所 |
| 有  無 | | |  | | |  | |  | | |  | |  |
| 指導経験 | 有（　　年）　課程名　4年制大学　看護師養成所3年課程  看護師養成所2年課程(定時制)　高等学校5年一貫看護師養成課程  准看護師養成所  無  実習指導者として位置づけられていないが、指導した経験有り | | | | | | | | | | | | |
| 所属施設の実習受け入れ状況 | | | | | 受け入れている  受け入れ予定あり（　　年度より予定）  受け入れなし、予定もなし  教育機関のため非該当、その他（ ） | | | | | | | | |
| 所属施設の実習受け入れ教育機関  （予定の場合も印を付ける） | | | | | 4年制大学  看護師養成所3年課程  看護師養成所2年課程(定時制)  高等学校5年一貫看護師養成課程  准看護師養成所　　　　　　　　　　　＊当てはまる項目すべてをチェック | | | | | | | | |
| 看護協会入会の  有無 | | | | | 会員  （宮崎県看護協会会員No ） | | | | | | 非会員 | 手続き中 | |

＊記入上の注意：申し込み者本人が記入してください。この用紙は手書きでも構いません。

＊記入漏れのないよう記載してください。

＊この情報は「実習指導者講習会」に関わる以外の目的には使用しません。