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。