

## 実習指導者講習会受講申込書

私は、令和5年度兵庫県保健師助産師看護師実習指導者講習会（特定分野）を受講したいので、関係書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

兵庫県保健医療部医務課長 様

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 性別 男・女

R5.4.1 現在  
生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

〒 \_\_\_\_\_

現住所 \_\_\_\_\_

電 話 (自宅) \_\_\_\_\_

(携帯) \_\_\_\_\_

勤 務 施 設	ふりがな 名 称				
	ふりがな 住 所	〒 _____  (電話 _____)			
学 歴	学 校 名			卒業年月	修業年限
	一 般 学 歴	高 校		年 月	
		短 大		年 月	
		大 学		年 月	
	専 門 学 歴	准看護師		年 月	
		看護師		年 月	
		助産師		年 月	
保健師			年 月		

免許証番号 及び 取得年月日	保健師	年 月 日	第 号
	助産師	年 月 日	第 号
	看護師	年 月 日	第 号
	准看護師	都道府県名 ( ) 年 月 日	第 号
職 歴 (看護師と 准看護師の 経験が 同一の施設 の場合分け て記入の こと)	施 設 名	期 間	主な経験内容
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
経 験 年 数 (産・育休 、病休等を 除いて記入 すること)	保健師	年 月	実 習 指 導 の 経 験  有 ・ 無  経験の有るものすべてに、 ○印をつけること。 ・保健師課程 ・助産師課程 ・ <u>看護師3年課程</u> (大学の看護師養成課程は ここになります。) ・看護師2年課程 ・准看護師課程
	助産師	年 月	
	看護師	年 月	
	准看護師	年 月	
	その他	年 月	
演習希望 の領域 (実習指導 案作成) 希望する領 域を○で囲 んで下さ い。	<第1希望> 助産・老年・小児・母性・在宅	左記の希望に ついて 特別な理由が あれば記入の こと	
	<第2希望> 助産・老年・小児・母性・在宅		
備 考			

〔記入上の注意〕

- 1 本様式(受講申込書)は自筆によること。
- 2 現住所、電話番号は本人宛連絡することがあるので正確に記入すること。
- 3 受講にあたり、健康管理上申し出ることがあれば備考欄に記入こと。
- 4 別添「関係書類等提出にあたっての留意事項」を確認の上、記載すること。