|  |  |
| --- | --- |
| 受付日※ | 受付番号※ |
| ／ |  |

様  式１

※当センター記入欄

**2024（令和6）年度　埼玉医科大学看護学生実習指導者講習会受講申込書**

太枠内をすべてもれなく楷書で記入または○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 自宅住所 | 〒　　　－Tel（自宅）　　　　－　　　　－　　　　　（携帯）　　　　－　　　　　－e-mail　 |
| 施設住所 | 施設名：〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel　　　　－　　　－　　所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel 　　　 －　　　－　　　　〔診療科名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　　　（内線：　　　　　　　） |
| 実習指導経験 | 1)今年度、実習指導者として任命 ：　あり　・　なし2)将来、実習指導者となる予定 ：　あり　・　なし3)実習指導者の経験 ：　あり（　　　年　　　ヶ月）　・　なし3)でありの場合、以下の該当するところに〇を付けてください (1) 種類 ： 看護大学　・　看護短大　・　専門学校(3年課程)　・ 専門学校(2年課程) ・専門学校(2年課程通信制)　・　准看護学校　・ 高等学校衛生看護科　・　　　　　　       その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）(2) 領域 ：  基礎　・　成人（　急性期　・　周手術期　・　慢性期　・　終末期　） ・　　　　　　 　老年　・　小児　・　精神　・　母性　・　その他（　　　　　　　　　　 ） |
| 実務経験年数 | 年　数 | 保健師　　　年　・　助産師　　　年　・　看護師　　　年　（通算　　　　　年） |
| 診療科 |  |
| 推薦者 | 上記の者を看護学生実習指導者講習会受講者として推薦する。　　　　年　　　月　　　日職位　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　※看護部長または施設長【複数受講希望者がいる場合（埼玉医科大学関連施設のみ）】施設内優先順位：　　　　　位 |