別紙様式３－１　　　　　　　　令和６年度広島県保健師助産師看護師実習指導者講習会（２ヶ月講習用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者個人調書 | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ａ 受講希望者氏名等** | | ふりがな |  | | | | | | | | | | ＜写真貼付欄＞  縦４cm×横３cm  写真は６か月以内に撮影したもので、無帽正面から撮影したもの | |
|  | （男・女） | | | | | | | | | |
|  | 昭和  平成  　　　　　年　　　月　　　日　　　　　歳 | | | | | | | | | |
|  | 〒 | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | 令和　年　月　日撮影 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ｂ 現在の勤務場所** | 施設名称 | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | 〒　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
| **Ｃ 学歴** |  | | | | | | | | | | 卒業年月 | | | 修業年限 |
|  | | |  | | | | | | | 年　 月 | | | 年 |
|  | | | | | | | 年　 月 | | | 年 |
|  | | | | | | | 年　 月 | | | 年 |
|  | | | | | | | 年　 月 | | | 年 |
| **Ｄ 職歴** | 就業場所（施設名） | | | | | 主な経験内容 | 職名 | | |  | | | | |
|  | | | | |  | 昭和  平成  令和 | | | 年　 月～ 現在 | | | | |
|  | | | | |  | 昭和  平成  令和 | | | 年　 月～　　　年　 月 | | | | |
|  | | | | |  | 昭和  平成  令和 | | | 年　 月～　　　年　 月 | | | | |
|  | | | | |  | 昭和  平成  令和  昭和  平成  令和 | | | 年　 月～　　　年　 月 | | | | |
|  | | | | |  |  | | | 年　 月～　　　年　 月 | | | | |
|  | | | | |  | 昭和  平成  令和  昭和  平成  令和 | | | 年　 月～　　　年　 月 | | | | |
|  | | | | |  |  | | | 年　 月～　　　年　 月  昭和  平成  令和  昭和  平成  令和  昭和  平成  令和  昭和  平成  令和  昭和  平成  令和  昭和  平成  令和 | | | | |
| **Ｅ 臨床経験年数** | 職種 | | | | 勤務年数 | | | **取得免許** | 免許の種類  （※取得している免許全てに○印を付ける） | | | | | |
|  | | | | 年　　か月 | | |  | | |  | | |
|  | | | | 年　　か月 | | |  | | |  | | |
|  | | | | 年　　か月 | | |  | | |  | | |
|  | | | | 年　　か月 | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 別紙様式３－２　　　　　　　　　　　　　受講希望者名【　　　　　　　　　　　　】 | | |
| **Ｆ 所属施設の実習受け入れ状況及び教育経験** | １　所属施設の実習受入れ状況 | |
| ①　実習の受入れの有無（※該当するものに○印をしてください）  受け入れている　・　受け入れていない　・　今後受け入れる予定（　　年度から）  ②　受け入れている学校養成所名・課程名（※複数ある場合は全て記載してください） | |
| ２　教育経験年数 | |
| ※該当するものに○印をし、期間を記載してください。  ・看護教員として　（　　年　　か月）  ・実習指導者として（　　年　　か月）  ・ｽﾀｯﾌの教育担当として（　　年　　か月） | * 看護学生の実習指導経験がある場合は、該当する課程に○印をしてください。   看護大学・看護短大・保健師課程・助産師課程  看護師3年課程・看護師2年課程・看護師通信課程・准看護師課程 |
| ３　現在の役割 | |
| ※該当するものに○印をしてください。  ・現在実習指導者をしている  （　はい　・　いいえ　） | * 現在指導を担当している課程について、該当する課程に○印をしてください。   看護大学・看護短大・保健師課程・助産師課程  看護師3年課程・看護師2年課程・看護師通信課程・准看護師課程 |
| ４　今後の予定*（※３で「いいえ」に回答した場合のみ回答すること）* | |
| ※該当するものに○印をしてください。  （　）講習会修了後に看護学生の実習指導を担当する予定である。  （　）講習会修了後の予定は決まっていない。 | |
| **Ｇ 志望の動機**（※この講習会で学びたいこと、得たいこと、実習指導等で困っていること等を踏まえ、欄全体を使用し記載すること。） | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Ｈ 演習グループ希望**   * 講習会の中で「実習指導案の作成」の演習を行います。その時のグループ分けの参考にしますので、　　第1希望に「１」、第２希望に「２」を記載しください。 | | |
| （　）成人看護学実習（急性期）　（　）成人看護学実習（慢性期）  （　）基礎看護学実習　　　　　　（　）老年看護学実習　　　　　　（　）精神看護学実習 | | |