**令和3年度　看護職員実習指導者等講習会(特定分野)**

**受　講　申　込　書**

**受講申込書とレポート及び**返信用封筒（長形3号120×235㎜に**94円切手**を貼付し、宛名明記）**を教育研修部へ郵送**

公益社団法人静岡県看護協会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | 昭和・平成　 　 年　　 月　 　日  　　歳  **＊令和3年3月末現在で記入** | | 性  別 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 |  | | |
| 職 種 | 該当項目に○印  保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 | | | 職 位 (主任など) | | 非会員 　・ 会員(下記へ番号を記入) | | |
| 静岡県看護協会会員番号（６桁）   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | | | |
| 施 設 名 |  | | | | | | | |
| 施設住所 | 〒　　　　　　　- | | | | | | | |
| 電話番号等 | 施設電話：（　　 　　　）　　　　　　　－　　　　　　　　　　携帯電話：　　　　　　－　　　　　　　　　－  ＦＡＸ： 　 （　　　 　　）　　　　　　　－ | | | | | | | |
| E-mailアドレス | ＊所属施設と本人の両方をご記入ください  ＜施設のアドレス＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠  ＜受講者ご本人のアドレス＞　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　＠ | | | | | | | |
| 看護職実務経験  ※准看護師経験は除く  **（令和3年3月末**  **現在で記入）**  **合計**  **年** | 勤務年(西暦） | 勤務月 | 勤　 　務　 　施　　 設 | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 実習指導経験　　　　　　　　　　無 ・ 有  実習指導の経験年数　　　　　 年　　 ケ月  **＊令和3年3月末現在で記入** | | | 現在実習指導をしている学生の教育課程（該当項目に○印） | | | | | |
| １．看護師　⇒　①大学 、 ②短大(２年・３年)、 ③専門学校(２年・３年)  ２．保健師、　　　３．助産師、　 　４．准看護師、　 　５．２年課程(通信制) | | | | | |
| 実習指導案作成の希望領域　(該当に〇印) | | | ( ) 老年看護学 ・ ( ) 在宅看護論 ・ （　　　　）どちらでもよい | | | | | |
| 看護部門責任者確認　　　　　　　 職位　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　 　 ㊞ | | | | | | | | |

**【個人情報の取り扱い】**本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。この個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや、研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用の目的を超えて取り扱うことはしません。なおこの範囲を超える場合には、ご本人の同意を得た上で取り扱います。

**【看護部門責任者確認欄が記載できない方】**　教育研修部まで、ご相談ください。

**提出書類①②③をご確認いただき、申込期間　　8月2日(月)～8月20日(金)　消印有効で郵送してください。**