

平成29年度実習指導者講習会（40日間コース）受講申込書 受講者用

記載日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	年 月 日	*年齢	歳
所属名称			職名
所属する病棟 *該当する項目に○をつけてください	1. 内科 2. 外科 3. 産科 4. 小児科 5. 精神科 6. 在宅 7. 救命・集中治療 8. その他（ ）		
看護職としての職歴 （平成29年7月1日現在の年数を記載してください）	保健師（ ）年（ ）か月 助産師（ ）年（ ）か月 看護師（ ）年（ ）か月 准看護師（ ）年（ ）か月	合計 （ ）年（ ）か月	
実習指導者の経験	1. 現在担当（経験年数 年） 2. 今後担当予定 3. 予定なし		
研修歴 過去3年間に受講した実習指導者に関する研修について記載してください	年度	研修会名	日数
この研修を受講するにあつたての自己の課題			
貴施設の学生実習受け入れ状況 （複数回答可）	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 年間受け入れ（ ）校（ ）人 延べ（ ）人		
貴施設実習受入体制	1. 専任の指導者がいる 2. 専任の指導者がいない		
学校の教員との連携	1. 十分とれている 2. やや不十分 3. 不十分		
実習生とのコミュニケーション	1. 十分とれている 2. やや不十分 3. 不十分		

*年齢は、平成29年7月1日現在の年齢を記載のこと