平成30年度実習指導者講習会（40日間コース）受講申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | ＊年齢 | 歳 |
| 所属名称 |  | 職名 |  |
| 主な担当業務  （具体的に記載して  　　　　ください） | 所属病棟：  委員会活動等： | | |
| 看護職としての職歴  （この研修初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ったての自己の課題 |  | | |
| 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、研修初日現在の年齢を記載のこと

受付期間：2018年5月21日～6月15日