

平成 30 年度 看護実習指導者講習会 (病院等) 受講申込書

平成 年 月 日

神奈川県立保健福祉大学長 様

平成 30 年度 看護実習指導者講習会 (病院等) に次の者を受講者として推薦し、申し込みます。

施設名 _____

推薦者：所属施設長

役職名 _____

氏名 _____ 公印

受講者の所属施設名			
所在地・電話番号		〒 _____ 電話番号 ()	
申込に関する 問合せ 先	部門名		
	役職		担当者名
	電話番号		E-mail
推薦 順位	受講者 氏名等		実務 経験 年数
	ふりがな 氏名 性別 () (西暦) 年 月 日生 歳 免許 (保健師 ・ 助産師 ・ 看護師)		年
	ふりがな 氏名 性別 () (西暦) 年 月 日生 歳 免許 (保健師 ・ 助産師 ・ 看護師)		年
	ふりがな 氏名 性別 () (西暦) 年 月 日生 歳 免許 (保健師 ・ 助産師 ・ 看護師)		年
	ふりがな 氏名 性別 () (西暦) 年 月 日生 歳 免許 (保健師 ・ 助産師 ・ 看護師)		年

- ・ 現に実習指導者の任にある者
- ・ 将来、実習指導者となる予定の者
- ・ その他 ()

- ・ 現に実習指導者の任にある者
- ・ 将来、実習指導者となる予定の者
- ・ その他 ()

- ・ 現に実習指導者の任にある者
- ・ 将来、実習指導者となる予定の者
- ・ その他 ()

平成 30 年度 看護実習指導者講習会 (病院等) 受講申込書

施設名					
病床数		看護単位数		単位	
		床			
臨地実習受け入れ状況					
平成 30 年 度	実習受け入れ養成校数	校	平成 31 年 度	実習受け入れ養成校数	校
	実習受け入れ学生延べ人数	人		実習受け入れ学生延べ人数	人
	実習受け入れ看護単位数	単位		実習受け入れ看護単位数	単位
	保健師助産師看護師実習指導者講習会修了者および専任教員養成講習会修了者数 (平成 30 年 4 月 1 日の見込)	人		保健師助産師看護師実習指導者講習会修了者および専任教員養成講習会修了者数 (平成 31 年 4 月 1 日の見込)	人
<p>1 実習受け入れ養成校名を、ご記入ください。</p> <p>学校名 <input type="text"/></p> <p>2 実習期間：平成 30 年 9 月 24 日 (月) ~ 10 月 26 日 (金) の看護学生の実習受け入れ状況についてお尋ねします。該当するものに○をつけ、() は記入してください。</p> <p>(1) 同一の看護学実習で、3 日間以上の実習受け入れがありますか。 ア ある イ ない</p> <p>(2) (1) で「ア ある」と回答した場合 学校数 () 校 学校名 <input type="text"/></p> <p>受け入れ看護単位数 () 単位</p> <p>(3) (1) で「イ ない」と回答した場合 実習受け入れ養成校はその期間、他施設で実習がありますか。 ア ある イ ない ウ わからない * ある場合、病院名 (わかる範囲で結構です) <input type="text"/></p> <p>3 積極的に、所属施設以外での実習を考えていますか。現時点で該当するものに○をつけてください。 ア 考えている イ 考えていない</p>					