

## 2019 年度 看護実習指導者講習会（病院等）受講申込書

2019 年 月 日

公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学長 様

2019 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

・ 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

・ 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

## 2019 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					
2019 年度	実習受け入れ養成校数	校	2020 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 (2019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 (2020年4月1日の見込)	人
<p>実習期間：2019年9月24日（火）～10月25日（金）の看護学生の実習受け入れについてお尋ねします。該当するものに○をつけてください。</p> <p>(1) 実習期間に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>					

## &lt;提出書類 確認欄&gt;

	確認内容	確認欄 (同封書類・ 確認事項に ✓)
1	様式1 必要事項の記載漏れがないか(免許・実務経験年数・推薦理由・推薦順位)	
2	公印が押印されているか	
3	保健師、助産師、看護師の免許証のコピー(A4サイズに縮小)	
4	返信用封筒(角形2号、返信先を明記し140円切手を貼付)	