

平成 30 年度 神奈川県看護実習指導者講習会
(特定分野：保健・医療・福祉施設)
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 神奈川県看護実習指導者講習会 (特定分野：保健・医療・福祉施設)
 に次の者を受講者として申し込みます。

施設名

施設長名

印

＜申込期間：平成 30 年 8 月 1 日～8 月 18 日消印有効＞

受講者の所属施設					
所在地		〒 ー			
問い合わせ先	区分 (いずれかに ○を記入)	1 診療所 2 訪問看護ステーション 3 介護老人保健施設 4 介護老人福祉施設 5 地域包括支援センター 6 在宅介護支援センター 7 助産所 8 保健所 9 市町村 10 社会福祉施設 11 療養通所介護事業所 12 その他 ()			
	担当者名			役職	
	電話番号			E-mail	
優先順位	ふりがな 受講者氏名 生年月日 免許の種類 (該当するものに○を記入)		実務 経験 年数	受講理由 (いずれかに○を記入)	
	ふりがな 氏名 性別 () (西暦) 年 月 日生 歳 ----- 保健師・助産師・看護師			<ul style="list-style-type: none"> ・ 現に実習指導の任にある者 ・ 将来実習指導者となる予定の者 その他 ()	
	ふりがな 氏名 性別 () (西暦) 年 月 日生 歳 ----- 保健師・助産師・看護師			<ul style="list-style-type: none"> ・ 現に実習指導の任にある者 ・ 将来実習指導者となる予定の者 その他 ()	
◆臨地実習受け入れ状況					
30 年 度	実習受け入れ養成校数	校	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
	実習指導者講習会修了者か 専任教員養成講習会修了者数	人		実習指導者講習会修了者か 専任教員養成講習会修了者数	人

※ 実践教育センターでは、公立大学法人神奈川県立保健福祉大学実践教育センター個人情報の取り扱い方針に基づき、収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。