

平成 29 年度保健師助産師看護師実習指導者講習会申込書  
(個人調査票)

フリガナ 氏 名			生年月日 (昭 平) 年 月 日 ( 歳)	
現 住 所	〒 _____ ☎ _____			
緊急時連絡先	N01 : _____		N02 : _____	
フリガナ 勤務先施設名	〒 _____		☎ _____	
勤務先住所				
勤務先の実習受け入れ状況 (受け入れをしている学校名・学科・学年等をご記入下さい)				
最 終 学 歴	区 分	学 校 (養成所) 名	修業年限	卒業年月日
	一 般			年 月 日
	専 門			年 月 日
職 種		保健師・助産師・看護師 (○で囲んでください)		
現職種の免許登録番号		免許取得年月日	年 月 日	
職 位				
役 割		実習指導者・実習指導予定者・その他 (○または記載ください)		
看護協会入会状況		会員 ・ 非会員 (○で囲んでください)		
職 歴	施 設 名		職 種	期 間
				年 カ月
合 計 就 労 期 間			年 カ月	
講 習 会 受 講 状 況	名 称	主 催	受講場所	期 間

注：1. 緊急連絡先は必ず連絡が取れるところの電話番号・名称を記入下さい。

2. 講習会受講状況は3日以上研修について記入する

推 薦 書

平成29年 月 日

高知県看護協会  
会長

様

施設名

施設住所

看護責任者

職 位 :

氏 名 :

印

次の者を平成29年度保健師助産師看護師実習指導者講習会の受講者として推薦します。

氏 名

生年月日

## グループ討議について

施設名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

1. グループ討議（実習指導案作成）に取り組みたい科目を第3希望まで選んでください。  
\* グループ編成に参考にします。人数等の調整により、必ずしも希望の科目にならないこともあります。ご了承ください。

基礎看護学                  老年看護学                  在宅看護学（退院調整）  
精神看護学      小児看護学                  母性看護学                  成人看護学（急性期）  
成人看護学（慢性期）      成人看護学（終末期）

第1希望	第2希望	第3希望

2. この講習会で学習したいと考えている内容について具体的に記入してください。

3. 学生の実習指導において、日頃、疑問に思っていることや問題、困っていることがあれば具体的に記入してください。

4. パソコン操作についてお尋ねします。当てはまる番号に○をいれてください。

- 1) Word                  ( 1. できる    2. 少しできる    3. できない )  
2) Word の表作成      ( 1. できる    2. 少しできる    3. できない )  
3) パワーポイント      ( 1. できる    2. 少しできる    3. できない )