様式２

**令和７年度石川県実習指導者講習会受講申込者調査表**

 　令和７年４月１日現在

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | 　昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳） 　　 |
|  | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話： |
| 勤務先 |  |  |
|  | 〒 　　　　　　℡（　　　）　　　－ |
|  |  | 役　職 |  |
| 学歴 | 学　　　　校　　　名　　（　課　程　名　） | 卒　業　年　月 |
| 専門学歴（最終） |  |  　　 　 年　　　 月 |
| 免許 | 種別 | 保健師　　　　年　　　　月　　取得助産師　　　　年　　　　月　　取得看護師　　　　年　　　　月　　取得 | (経験年数)保健師　　　年　　　月助産師　　　年　　　月看護師　　　年　　　月 |
| 職歴 | 年　月年　月年　月　 |  |
| 実習指導者としての経験 | 主な診療科 | 経験年数 |
|  | 　　　　　　　　　　　年 |
| 現在実習指導をしている学生について（該当課程を丸で囲み、学校名を記載ください） | ・保健師養成(　　　　　　　　　　　　　)・助産師養成(　　　　　　　　　　　　　)・看護師養成　大学教育　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)３年課程(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)２年課程(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・准看護師課程(　　　　　　　　　　　　) | 　　　　【受講調査】　指導案の作成について下記領域より希望をご記入ください。基礎看護実習成人看護実習（慢性期）成人看護実習（急性期）老年看護実習精神看護実習第１希望　　　　　　　　　　　第２希望　　　　　　　　　　　 |