

沖縄県保健師助産師看護師実習指導者講習会受講願書

フリガナ		沖縄県看護協会 <input type="checkbox"/> 会員 (NO)		
氏 名		<input type="checkbox"/> 非会員 (会員・非会員問わず申し込み可です)		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (才)			
現住所	〒 (〇)			
勤務施設	フリガナ			
	名称			
	所在地	〒 (〇) (F A X)		
実習受入	有 無	受け入れ、又は受け入れ予定学校名 () 領域：該当する領域に○をつける 基礎 成人 小児 母性 老年 精神 在宅 統合分野：領域名 ()		
現在の職位			経験年数	
			現就業場での 在職年数	
講習会受講状況	名称	主催	期間	受講場所
学歴	一般学歴	高 校		年 月卒業
		大 学		年 月卒業・見込み
		そ の 他		年 月卒業・見込み
	専門学歴	保健師		年 月卒業
		看護師		年 月卒業
		助産師		年 月卒業

注) 講習会受講状況は3日以上の研修について記入する。

免許番号 及び 取得年月日	保健師	No.	(年 月 日)						
	助産師	No.	(年 月 日)						
	看護師	No.	(年 月 日)						
職 歴	施設名	期 間	主な業務 (領域)						
		年 月～ 年 月	成人	小児	母性	老年	精神	在宅	その他 ()
		年 月～ 年 月	成人	小児	母性	老年	精神	在宅	その他 ()
		年 月～ 年 月	成人	小児	母性	老年	精神	在宅	その他 ()
		年 月～ 年 月	成人	小児	母性	老年	精神	在宅	その他 ()
		年 月～ 年 月	成人	小児	母性	老年	精神	在宅	その他 ()
<p>*職歴は保健師・助産師・看護師としての勤務期間を記入する。 主な業務 (領域) については該当するものを○で囲む。 該当しない場合はその他とし () へ記載。</p>									
実習指導の経験		有 無 () 年	担当領域名						
受講科目「実習指導実際 (演習)」の希望領域 *希望領域に○をつける。 *第一、第二希望領域は、必ず異なる領域とすること。		第一希望 (基礎 成人 精神) 第二希望 (基礎 成人 精神)							
受 講 の 動 機									

上記のとおり相違ありません

令和3年 月 日

自署 氏名

印

記入上の注意

1. 該当する事項は○で囲むこと。
2. 年齢及び経験年数欄は、令和3年4月1日時点とする。

推 薦 書

令和3年 月 日

沖縄県看護協会長 殿

所属施設住所

所属施設名

所属長名

印

次の者は、令和3年度沖縄県保健師助産師看護師実習指導者講習会の受講者として
適当であると認め、推薦します。

1. 受講予定者氏名
2. 生 年 月 日
3. 職 位

令和3年度沖縄県保健師助産師看護師実習指導者講習会 推薦者一覧

*受講希望者の推薦順位を記入してください

	職 種	受 講 希 望 者 氏 名
1		
2		
3		

施設担当者の連絡先

*講習会における連絡や情報提供等に活用しますので、下記の記載をよろしくお願いいたします。

施 設 名	
担当者の ^{フリガナ} 氏名	(役職:)
連絡先	☎ ()内線() FAX 番号 ()