

受講申込書

| | | | |
|---|---|---------------------------------|---|
| ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 ()歳 |
| 現住所 | | 連絡先 ① 携帯番号 ② メールアドレス | ① ② |
| 所属施設名 | | 現職名 | |
| 専門学校 (卒業年・学校名) | | 看護職経験年数 | 年 |
| 希望の看護学校 | | | |
| 希望日数 | | 希望時期 | |
| 教員養成講習会受講の希望 有・無 | | 実習指導者講習会受講の有無 有・無 | |
| 希望した理由 (該当番号に○をつけてください) | ① 看護基礎教育への関心 ② 看護教員を志望 ③ 看護教員の仕事内容を知りたい ④ 実習指導に役立てたい ⑤ 同僚からの薦め ⑥ 上司からの薦め ⑦ その他 () | 経験したい内容 (該当番号に○をつけてください) | ① 講義見学 ② 技術演習見学 ③ 実習指場面の見学 ④ 実習指導における臨床との連携・調整 ⑤ 学内での学生指導見学 ⑥ 会議への参加 ⑦ 学校行事への参加 ⑧ その他 () |
| ○看護教員インターンシップ研修の受講動機について記載して下さい。 | | | |
| ○看護教員に関する事で、知りたいことや質問したいことがあれば、ご記入ください。 | | | |