様式２－１ 　　　　　　　　　　受　講　者 調 査 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | |  | | | | | 写真のり付け  　(6か月以内撮影)  縦 　　横  40mm×30㎜ |
|  | | | | |
|  | | 昭和  平成　　　年　　　月　　　日 | | 年齢 | 歳 | |
| フリガナ | |  | | | | |
| 〒  電話 （　 ）　　 －  緊急連絡先　　電話 （　 ）　　 － | | | | |
| 年　　　月撮影 |
| 勤  務  先 | フリガナ  名　　称 |  | | ※学校所属の場合  課程名 | | | 設置主体 |
|  | |
|  | | |
| フリガナ |  | | | | | |
| 〒  　　　　　　　　　　電話（　 ）　　 － | | | | | |
| 現在の  職　名  （職位） |  | | 担　当 | | |  |
| 受講後の  就業場所 |  | | 受講後の  担　当 | | |  |
| 実習受け入れ状況 | 所属施設の実習受け入れ状況 | | | | | | |
| 1)実習の受け入れの有無（※該当するものに〇印をつけてください）  ・受け入れている　・受け入れていない　・今後受け入れる予定（　　　　年度から）  2)受け入れている学校養成所名・課程名（複数ある場合はすべて記載してください） | | | | | | |
| 教育経年年数 | | | | | | |
| ※該当するものに〇印をし、期間を記載してください。・看護教員として　（　　　年　　ケ月）  　・実習指導者として（　　　年　　ケ月）  　・スタッフの教育担当として（　　年　　ケ月） | | | ※看護学生の実習指導経験がある場合は、該当する課程に  〇印をつけてください。  　看護大学・看護短大・保健師課程・助産師課程  　看護師３年課程・看護師２年課程・看護師通信課程・准看護師課程 | | | |
| 現在の役割 | | | 今後の予定 | | | |
| ※該当するものに〇印をしてください  ・現在実習指導をしている（　はい　　・　いいえ　） | | | ※該当するものに〇印をしてください  （　　）講習会修了後に実習指導を担当する予定である  （　　）講習会修了後の予定は決まっていない | | | |
| 及　び | |  | 番号  　　　年　　月　　日取得 | | |  | 番号  　　　　年　　月　　日取得 |
|  | 番号  　　　年　　月　　日取得 | | |  | 番号  　　　　年　　月　　日取得 |

様式２－２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学  歴 | 区　　　　分 | | | 学 校 名 | | | | | 卒業年月 | | |  |
| 一般学歴 | 高 校 | |  | | | | | 年　 月 | | |
| 大学・短大 | |  | | | | | 年　 月 | | |
|  | |  | | | | | 年　 月 | | |
| 専門学歴 |  | |  | | | | | 年　 月 | | |
|  | | ( 2年課程全日・定時・通信、3年課程 、5年一貫校、専攻科) | | | | | 年　 月 | | |
|  | |  | | | | | 年　 月 | | |
|  | |  | | | | | 年　 月 | | |
| 専　門  職  歴 | 施　設　名 | | 職種 | | 主な経験内容 | 期　　　間 | | 内訳（年月） | | | |
| 臨床 | | 教員 | その他 |
|  | |  | |  | 年　　月～　　年　　月 | |  | |  |  |
|  | |  | |  | 年　　月～　　年　　月 | |  | |  |  |
|  | |  | |  | 年　　月～　　年　　月 | |  | |  |  |
|  | |  | |  | 年　　月～　　年　　月 | |  | |  |  |
|  | |  | |  | 年　　月～　　年　　月 | |  | |  |  |
| 合　　　　計 | | | | | | |  | |  |  |
| 過去に受けた講習会  （４週間以上のもの） | | 名　称 | | | 主催 | 開催地 | 期　　日 | | | |
|  | | |  |  |  | | | |
|  | | |  |  |  | | | |
| ＜受講動機＞ | | | | | | | | | | | |

。

　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 氏　　名

（注）1 必ず受講者本人が記載すること

2 年齢及び勤務年数欄については、令和７年４月１日時点とすること

3 勤務先欄の｢設置主体｣には、独立行政法人○○機構、医療法人○○会等具体的に記入すること。

｢現在の担当｣、｢受講後の担当｣及び専門職歴欄の｢主な経験内容｣は学校においては担当科目、病院においては病棟（内科、外科、小児科、混合等）、臨床実習指導等を記入すること。

4 専門職歴欄の「内訳」は、従事した期間を○年□月と記入すること（例：病院で看護師として平成２６年４月～令和元年１２月勤務の場合、内訳の臨床欄に５年８月と記入する。）

5 年齢及び経験年数欄の年数は令和7年4月１日時点とすること。

取得した個人情報は、講習会に関する業務以外には利用しません。