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。