「保健師助産師看護師 実習指導者講習会」申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　 日現在

様式1-1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | 写真  3×4cm |
| 氏　名 | 印 | | | | | | 現住所  ※両メールアドレス必須 | | 〒　　　　－  ℡　　　　　　(　　　　　)  携帯mail　　　　　　　　　　@  PC mail @ |
| 性別 | 男　　　・　　　女 | | | | | |
| 生年月日  (年齢) | （和暦）  年　　　月　　　日  (満　　　　歳) | | | | | | 勤務先  〈部署名〉 | | 〒　　　　－  ℡　　　　　　(　　　　　) | |
| 学　歴　(高等学校以降の学歴をご記入下さい)※高校卒業含む | | | | | | | | | | |
| 年　月 | | | | | | | | 事　項 | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 職　歴　(実務経験及び実習指導経験、病棟名・診療科と職位をご記入下さい) | | | | | | | | | | |
| 年　月 | | | | | | | | 事　項 | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
|  |  | |  |  | | 現在の職位又は役職（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）／実務年数　計（　　　　）年 | | | | |
| 免　許　・　資　格（保健医療に関する事項) | | | | | | | | | | |
| 年　月 | | | | | | | | 事　項 | | |
| 年 | | 月 | | | 日 | | | （免許番号　　　　　　　　　　） | | |
| 年 | | 月 | | | 日 | | | （免許番号　　　　　　　　　　） | | |
| 年 | | 月 | | | 日 | | | （免許番号　　　　　　　　　　） | | |
| 年 | | 月 | | | 日 | | | （免許番号　　　　　　　　　　） | | |
| 〈緊急連絡先〉　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄  住所　〒　　　　　－  ℡（携帯電話）　　　　　(　　　　　) | | | | | | | | | | |
| * 私は、推薦のあった現勤務先に在職し、本講習会を受講いたします。　　※ 同意できる場合には☑を入れて下さい。 | | | | | | | | | | |

横浜市立大学

様式1-2

年　　　　　月　　　　　日

横浜市立大学

学長　　相原道子　様

推　薦　書

2020年度 実習指導者講習会受講者として、当施設より下記の者を推薦いたします。

受講希望者氏名

推薦理由

受講希望者の本講習会への派遣について、該当するものに〇を付けてください。

　１．研修として勤務扱い　　　２．左記以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※よろしければ、具体的な扱いをお書きください。

施設名

施設長（看護部長等）署名　　 　　　　　　　　　　　 　推薦者署名

役職　　　　　　 　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印　役職　　　　　　　　　氏名　 　　　　　　　　　　　印