様式２―１

令和７年度福岡県看護実習指導者講習会　受講者調査書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名 |  |  生年月日 　　 S・H 年　　月　　日（　　歳） |
|  |
| 勤務先 |  ﾌﾘｶﾞﾅ 名称 |  | 設置主体 |
|  |
|  ﾌﾘｶﾞﾅ 所在地 |  |
| 〒 　　　　　　　　　 電話（　　　）　 － |
| 専門学歴 | 区　　分 | 学　校　名 | 卒業年月 |
| 准看護師 |  |  |
| 看護師 | (大学、3年課程、2年課程全日・定時、2年課程通信、5年一貫校、専攻科)\*該当するものに○ |  |
| 保健師 |  |  |
| 助産師 |  |  |
| 志望動機 |  |
| 専門職歴 |  施 設 名 | 期　間 | 職種（保助看） | 主な経験内容 |
|  | 年 月～ 年 月 |  |  |
|  | 年 月～ 年 月 |  |  |
|  | 年 月～ 年 月 |  |  |
|  | 年 月～ 年 月 |  |  |
|  | 年 月～ 年 月 |  |  |
| 経験年数 | 看護教員 |  年 　　ｹ月（大学、養成所（保・助・看２・看３・准看））\*該当するものに○ |
| 保健師 |  年 　　ｹ月 | 助産師 |  年 　　ｹ月 |
| 看護師 |  年 　　ｹ月 | 准看護師 |  年 　　ｹ月 |
| その他 |  年 　　ｹ月 |
| 過去に受講した講習会（４週間以上） |  　　名称 | 主催 | 開催地 | 　期間（年月～年月） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 ※１）設置主体は、□□市立、医療法人○○○会、△△共済組合等、具体的に記入すること。

　※２）専門学歴で在学中の場合は「在学中」と書き、卒業年月には卒業予定年月日を記入すること.

　※３）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。