第２号様式

岡山県保健師助産師看護師実習指導者講習会受講申込者調査表

ふりがな 氏　　名					
生年月日	昭和/平成　　年　　月　　日（　　歳）				
現住所	〒 TEL　市外局番（　　） － 携帯電話番号 －　　－				
E-mail					
勤務場所	ふりがな 名　称				
	住　所	〒 TEL　市外局番（　　） －			
	現在の職名		実習指導者としての経験	有　　無	
学歴		学校名		卒業年月	修業年限
	一般学歴	高等学校		年　月	
				年　月	
				年　月	
	専門学歴	准看護師		年　月	
		看護師		年　月	
		保健師		年　月	
		助産師		年　月	

職歴	施設名	期間	主な経験内容（領域等）
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	

通算の経験年数	准　看　護　師	年　　月	
	看　　護　　師	年　　月	
	保　　健　　師	年　　月	
	助　　産　　師	年　　月	
	そ　の　他	年　　月	
実習を引き受けている看護師等学校養成所名と実習科目		＜学校養成所名＞	＜実習科目＞
実習指導計画立案の経験		有　　無	

※１．　講習会では、「実習指導の実際」として、実習指導計画立案等をグループ演習で行う予定です。グループ編成の参考とするので、下記４点をご記入ください。

① 所属施設の規模（該当するものに○をつけてください。）
1．500 床以上　2．499～300 床　3．299～100 床　4．99～20 床　5．19 床以下
6．その他（　　）

② クリニカルラダーの状況について（該当するものに○をつけてください。）
1．JNA ラダーを所属で取り入れている　2．自施設でラダーを設定している
3．ラダーを取り入れていない　4．不明

③ ②で 1．と 2．を回答された方は、ご自身の取得段階（Ⅰ～Ⅴ）を記入してください。分からない場合は空欄でかまいません。
取得段階：＿＿＿

④ 演習の際の希望領域を第３希望までご記入ください。
同じ施設から複数の申込をする場合は、領域を別にして下さい。

領域	基礎看護	成人看護		老年看護	小児看護	母性看護	精神看護	地域・在宅看護
順位		（急性期）	（慢性期）					

※２．過去の研究業績（主なもの１つ）※共同研究の場合は題名の前に○印を記入のこと

題　　名	
研究の概要	・研究期間　　年　月　～　　年　月 ・内　　容
発表学会名	（　年　月 発表）