**2025年度 実習指導者講習会募集要項**

|  |  |
| --- | --- |
| **別紙２　2025年度 実習指導者講習会 受講申込書**以下の枠内を正確に記載してください。 | 顔写真（縦４×横3㎝）＊写真の裏に氏名を記入 |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　日（満　　　歳）　 |
| 施設名 |  | 部署名 |  | 職位 |  |
| 施設住所 | 〒　　　-　　　Tel　 - -　　　　 |
| 自宅住所 | 〒　　　-　　　Tel　 - -　　　　携帯　 - 　 -　　　　メールアドレス |
| 実習要項等の書類送付先 | 　施設　/　自宅 |
| 一般最終学歴 | 卒業年月　　　　　　　　　　学校名　　　　年　　月 |
| 専門最終学歴（保助看） | 卒業年月　　　　　　　　　　学校名　　　　年　　月 |
| 免許取得後の実務経験年数 | 保健師　　　　　年 | 助産師　　　　　 年 | 看護師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 | 合計　　　　　　年 |
| 実習指導の状況 | 各設問について当てはまるものを〇で囲み、記入してください。1. 自分の部署で看護学生の実習を(受け入れている・受け入れる予定・不明）
2. 受け入れている(受け入れる予定の)実習は何実習か（　　　　　　　　　実習）

３．あなたは看護学生の実習を(指導している・指導していた・指導する予定） |
| 病院/施設の推薦欄 | （氏名）　　　　　　　　　　　　を実習指導者講習会受講者として推薦する。なお、上記の者が受講資格を満たしていることを証明する。2025年　　　月　　　日病院長/施設長　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

**別紙3　2025年度 実習指導者講習会 受講の動機**

記入上の注意：　A4版1枚800字程度（ワープロソフト使用、文字サイズ10.5ポイント、横書き）

受講の動機には施設名および氏名を明記してください。

令和　7年　3月

振込機関のお知らせ

　　学校法人徳洲会 湘南鎌倉医療大学

2025年度　実習指導者講習会の受講が決定した場合には受講料を、下記の金融機関口座へ振り込み願います。

記

○振込先

|  |
| --- |
| フリガナ　　　ｶﾞｸ)ﾄｸｼｭｳｶｲ |
| 口座名義　　　学校法人　徳洲会 |
| 振込銀行名　　三井住友銀行　　　　　　　　（銀行コード：0009　　） |
| 本店支店名　　麹町支店　　　　　　　　　　（店　番　号：　218　　） |
| 口座番号　　　普通・当座　9371377 |

○事務連絡先

|  |
| --- |
| 所　　属　　　総務部 |
| 氏　　名　　　宮野 貴行 |
| 電話番号　　　0467-38-3131 |
| E-Mail　　　　jissyushido＠sku.ac.jp |