

調 査 書

*裏表あります

(令和5年 月 日作成)

| | | | | |
|---|----------------|-----------------------------|-------------|------|
| ふりがな 氏 名 | | | 該当する資格 | 保健師 |
| 住 所 ※講習会資料を送付します | | | | 助産師 |
| 生年月日 | S・H 年 月 日生(歳) | | | 看護師 |
| メールアドレス ※eラーニング受講や初日オリエンテーションの案内を送付します | | @ | | |
| 勤務場所 | 名 称 | | 設置主体 | |
| | 所 在 地 | 〒 | | |
| | | (電話:) | | |
| 学 歴 | 学 校 名 | | 卒業年月 | 就業年月 |
| | 専門学歴 | | | |
| | | | | |
| 経 験 年 数 | 保健師 | 年 | か月 | |
| | 助産師 | 年 | か月 | |
| | 看護師 | 年 | か月 | |
| | 准看護師 | 年 | か月 | |
| 実習指導者としての位置付け | | 専任 | 看護スタッフと兼任 | |
| 実習指導経験年数 | | 経験なし | 経験あり(年 か月) | |
| 指導する看護学生の課程 | | 養成所 (3年課程 ・ 2年課程 ・ 准看護師課程) | | |
| | | 看護大学 | その他() | |

※ 該当する箇所を○で囲んで下さい。

| 過去に受けた講習会・研修会 (教育に関わるもののみ記載) | 主催 | 期間 | 受講場所 |
|---------------------------------|---|----|------|
| | | | |
| | | | |
| 実習指導にあたり、日頃考えている 問題点や疑問等 | ※実習指導の経験がない場合は、新人指導と置き換えて下さい。 | | |
| 上記の問題点に対する自分の考え 方、講習会への期待 | | | |
| グループ 希望 | 看護の対象別に下記のA・Bグループに分かれて実習指導案作成の演習を行いません。 受講者各自が実習指導事例を看護実践記録等を用いてすすめていきますので、演習を 希望するグループに○をつけて下さい。 A 老年 B 在宅 | | |

(※記入上の注意)

1. 本書は受講者の自筆によること。
2. 記入漏れのないように注意して下さい。
3. 経験年数の記載は、令和5年5月末現在とする。