|  |
| --- |
| **平成29年度日本看護協会認定看護管理者教育課程・実習指導者講習会申込書**年　　月　　日 現在　 |
| 研修名（①～⑤のうち受講する研修のいずれか１つに○印を記入してください） |  | ①ファーストレベル |  |
|  | ②ファーストレベル + 実習指導者講習会 |  |
|  | ③セカンドレベル |  |
|  | ④サードレベル |  |
|  | ⑤実習指導者講習会 |  |
|  |  | 性別(\*1) | 女　・　男 |  |
| 現住所 | 〒電話番号：自宅　　　　　　　　　　　　　携帯 |
| 所属施設名 |  |  |
| 所属施設住所 | 〒電話番号 |
| 看護師免許 | 第　　　　　　　　　号　　　　　　　　　年　　　月　　日　取得 |  |
| 実務年数（通算） | 　　　　　　　　　　年目 |  |
| **教育課程セカンドレベル**・**サードレベル**を応募の方は、受講要件について適応する番号１つに○をつけ、必要書類を添付して申し込んでください。 |
| 番号 | 受講要件 | 必要書類 |
| １ | ファーストレベルを修了している者 | □ファーストレベル修了証写し |
| ２ | セカンドレベルを修了している者 | □セカンドレベル修了証写し |
| ３ | 看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に１年以上就いている者 | □左記職位に関する施設長の勤務証明書 |

注１．西暦で記載して下さい。

注２．性別（＊１）は、該当するものを〇で囲んで下さい。

注３．記載された個人情報は、日本赤十字社の個人情報の安全管理マニュアルに基づき適正に管理し、研修に関係する連絡・書類作成のためのみに使用させていただきます。なお、提出された書類は返却いたしませんのでご了承下さい。

**勤務証明書**

氏　名

１．在職期間　（准看護師として勤務した期間は含まない）

　　・看護師

　　・助産師　　として　（西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日から

　　・保健師

（西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日まで

　　　　　　　　　　　　　　計　　　　　　　年　　　　　月間勤務

２．職位

　　（西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日から

　　（西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日まで

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（職位）　　　　　　　　　として勤務

　　上記相違ないことを証明します。

　　（西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　　　印

**受講要件及び必要書類確認書**

**施設名　　　　　　　　　　　　　　氏名**

**【実習指導者講習会】**以下の書類を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出確認欄（ﾁｪｯｸ） | 書類及び内容 |
| □ | （１）申込書（様式１） |
| □ | （２）勤務証明書（様式２） |
| □ | （３）受講要件及び必要書類確認書（様式３） |
| □ | （４）小論文 ＊１ |
| （５）該当する受講要件にﾁｪｯｸ |
| □ | （ア）保健師養成所、助産師養成所、看護師養成所又は准看護師養成所の実習施設で実習指導者の任にある者 |
| □ | （イ）将来、（ア）の実習施設の実習指導者となる予定にある者 |
| □ | （ウ）（ア）の養成所で実習指導の任にある者 |

＊１小論文は、「実習指導における自己の課題」について述べて下さい。

（レポート枚数：A4用紙1枚以内1,600字程度）

ア．レポートの書式 ： MS明朝、10.5ポイント、40字×42行

　　　　　　　　　　　余白[ 上35㎜, 下 30㎜, 左 30㎜, 右 30㎜ ]

イ．構成

・1行目にオリジナルタイトル　・2行目に施設名と氏名　・3行目から本文