

保健師助産師看護師実習指導者講習会 申込書

2025年 月 日

フリガナ					写真を貼る位置 縦 4cm×横 3cm の写 真を使用して下さ い。
氏名	印	生年月日 (年齢)	西暦	年 月 日 (満 歳)	
フリガナ					
現住所	〒 電話番号： () -				
フリガナ					
勤務先 名称					
フリガナ					
勤務先 住所	〒 勤務先電話番号： () -				
メール アドレス	* PC アドレス限定、携帯メールアドレス不可				
免許・資格 (保健・医療・福祉に関する事項)					
昭和 平成 令和	年 月	看護師免許	(看護師籍第		号)
昭和 平成 令和	年 月	保健師免許	(保健師籍第		号)
昭和 平成 令和	年 月	助産師免許	(助産師籍第		号)
昭和 平成 令和	年 月	准看護師免許	(准看護師籍第		号)
昭和 平成 令和	年 月				

学歴（看護専門学歴は必須、その他の学問領域に関する大学・大学院等の学歴がある場合はご記入下さい）

年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

職歴（※准看護師の職歴記載不要） （看護職としての実務経験、診療科についてもご記入下さい）		役職	勤務年数 <small>（産休・育休・休職期間は除く）</small>	実習指導者経験 の有無及び期間		産休・育休 ・休職期間
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
年 月～ 年 月			年 カ月	有 無	年 カ月	年 カ月 ()
合計			年 カ月		年 カ月	年 カ月

誓約書

東海大学医学部附属病院での、実習及び研修、見学（以下、「実習という」）において、下記の事項及び別紙「当院で実習・見学を行う上で守っていただくこと」を遵守し、実習に臨むことを誓約いたします。

記

1. 貴院の諸規則を遵守し、指導者の指導及び指示に従うとともに、医療事務にかかわる者としてのマナー（身だしなみ、言葉づかい、衛生管理等）に十分注意して実習を行うものとする。
2. 患者と接する場合には、患者の安全を最優先させ、また、不快感を与えないよう細心の注意を払うものとする。
3. 実習中に知り得た患者さん及び貴院に関する情報などは、実習期間中及び実習終了後においても他に漏らさないものとする。
4. 実習において貴院の施設、設備、機器、器具等の取扱いには細心の注意を払うとともに、万が一破損した場合は速やかにこの損失金を弁償するものとする
5. 実習期間中に、院内及び院外において他の方へ感染、傷害等の危害を加えることがないよう万全の注意を払うものとする。
また、自身の危害防止にも最新の注意をはらうものとする。

以上

年 月 日

機関名：

実習者：

(印)

(自署)

実習期間：

東海大学医学部附属病院

保健師助産師看護師実習指導者講習会

申込書類チェックリスト

提出書類を確認し、□欄に✓を記入してください。

- 保健師助産師看護師実習指導者講習会申込書 1 通
 - 押印しましたか？
 - 実務経験年数、実習指導者経験の有無は記入しましたか？
 - 職位の記入はしましたか？
- 所属長の推薦書 1 通
- 誓約書【病院長宛】（押印の確認）
- 課題レポート

書類の不備は、**審査の対象外**となります。

このチェックリストは、**申込書類と一緒に提出**してください。

東海大学看護師キャリア支援センター
保健師助産師看護師実習指導者講習会

259-1193

神奈川県伊勢原市下糟屋
143

東海大学看護師キャリア支援センター

実習指導者講習会担当者

簡易書留

(申込書在中)