別紙３

看護教員インターンシップ受講者調書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な氏　　　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　 年　　 月　　 日（　　　）歳 |
| 現　住　所 |  |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 受講時に使用するメールアドレス | ※NHO職員は情報系メールアドレスをご指定下さい |
| 所属施設名 |  | 現職名 |  |
| 最終学歴卒業年・学校名 |  | 看護職経験年数　　　　年　　　ヶ月（　現職経験年数　　　　年　　　　ヶ月　） |
| 看護教員の資格※○を付けて下さい | 教員養成講習会受講の有無　　　　　　　　　　　（　有 ・ 無　） |
| 大学等での教育に関する科目４単位履修の有無　　（　有 ・ 無　） |
| 実習指導者講習会の受講の有無（　有 ・ 無　） | 実習希望の看護学校 | 第１希望： |
| 第２希望： |
| 第３希望： |
| ○看護教員インターンシップ研修の受講動機について記載してください。 |
| ○看護教員に関することで、知りたいことや質問したいことがあればご記入ください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申込期限　令和５年10月11日（水）12:00