

看護専任教員養成支援事業（神奈川県委託事業）
参加申込書

※受理番号

記載日 平成 年 月 日

受講決定通知先

自宅

就業施設

※コピーしてご使用ください。

※太枠内に記載し、□には該当する内容にチェックをしてください。

| | | | | |
|--------------------------------|---|--|-------------------|--|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日・年齢 | |
| 氏名 | | 男・女 | S・H 年 月 日 (歳) | |
| 自宅住所 | 〒 | TEL | () | |
| | | 携帯 | () | |
| 所有免許の種類 | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 | | | |
| 看護職としての 経験年数 | (年) ※平成 30 年 4 月 1 日時点 (S・H 年 月 ~ S・H 年 月) | | | |
| | ▼ 以下、看護教員の経験のある方のみ記載 ▼ | | | |
| | うち、看護教員としての経験 (年) (S・H 年 月 ~ S・H 年 月) <input type="checkbox"/> 専任教員 <input type="checkbox"/> 実習指導教員 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 厚生労働省が認定した専任教員養成講習会 受講経験の有無 | | <input type="checkbox"/> 有 (S・H 年受講) <input type="checkbox"/> 無 講習会実施施設 () | | |

○現在就業している方（または、就業予定のある方）

| | | |
|--------------------|---|------------------|
| 就業施設名 又は就業予定施設名 | <input type="checkbox"/> 現在就業している <input type="checkbox"/> 就業予定 | 所属部署 |
| 住所 | 〒 | 連絡先 (TEL) () |

* 申込内容につきましては、本事業以外の目的で使用することはありません。

* 事業参加の決定については、申込者全員に通知いたします。

* この事業は、看護職者の看護教員としてのキャリアのスタートや、県内の看護師等養成所への就業を支援するものです。「専任教員養成講習会」(厚生労働省認定)とは異なり、また、就職を保障するものではありません。

| | |
|--|--|
| 会場・交通案内 | |
| <p>会場</p> <ul style="list-style-type: none"> 神奈川県看護協会5階会議室 (神奈川県総合医療会館5階) 所在地 横浜市中区富士見町3-1 <p>交通のご案内</p> <ul style="list-style-type: none"> 横浜市営地下鉄 伊勢佐木町長者町 4番B出口より 徒歩3分 JR 根岸線 関内駅南口より徒歩10分 | |