看護専任教員養成支援事業（神奈川県委託事業）

※受理番号

**参加申込書**

記載日　2019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 | □看護師　　□保健師　　□助産師 | | | |
| 看護職としての経験年数 | （　　　　　年）　※平成31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）  □専任教員　□実習指導教員　□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 | | □有（S・H　　年受講）　　　□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）

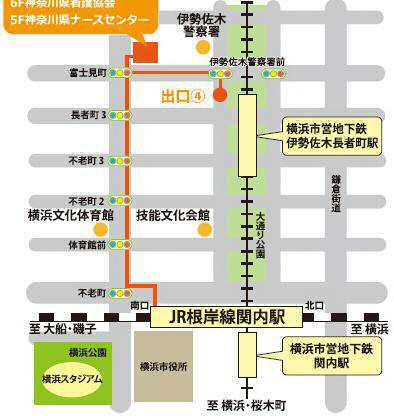
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 就業施設名  又は就業予定施設名 | | □現在就業している　　□就業予定 | 所属部署 |
|  |  |
| 住所 | 〒 | | 連絡先（TEL） |
| （　　　） |

＊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

**研修会場➡**

会　場

・神奈川県看護協会第１研修室（神奈川県総合医療会館６階）

所在地　横浜市中区富士見町３‐１

交通のご案内

・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