

令和5年度IMS実習指導者講習会受講申込書

＜記入に関する注意事項＞

*年齢・職歴・指導年数は、令和5年8月1日現在で算出してください。

*データ入力 → □は該当するいずれかをプルダウンより■に変更してください。

*手書き記入 → 黒ボールペンを使用し楷書体で丁寧に記入してください。□は黒く塗りつぶしてください。(良い例:■ 悪い例:☑)

		姓						名						写真 1. 白黒・カラー どちらでも可 2. 縦4cm×横3cm程度 3. 撮影後6ヵ月以内 4. 裏面に氏名を記載	
ふりがな															
氏名															
性別(任意)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
年齢				歳											
専門学歴	看	学校名							年課程	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	卒業
	助								年課程	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	卒業
	保								年課程	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	卒業
職歴 ※休職期間を除く 実経験年数	看護師				年			ヶ月	合計					ヶ月	※現在の職種以外 (准看護師等)の 経験がある場合、 その職種での 経験年数も記載
	准看護師				年			ヶ月							
	助産師				年			ヶ月							
	保健師				年			ヶ月							

施設名																			
施設住所		〒																	
施設電話		内線																	
配属部署																			
主な診療科目																			
現在の職位		<input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> 実習指導者 <input type="checkbox"/> 副主任 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> 係長 <input type="checkbox"/> その他 ()																	
指導年数	場所													合計			年		ヶ月
	期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年		月	～			年		月						
	場所													合計			年		ヶ月
	期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年		月	～			年		月						

自宅住所		〒													
自宅電話		内線													
携帯電話															
E-mail		※必ず連絡が取れるアドレスを記載ください													

(様式-2)

令和5年度IMS実習指導者講習会受講申込書

記入例

<記入に関する注意事項>

*年齢・職歴・指導年数は、令和5年8月1日現在で算出してください。

*データ入力 → □は該当するいずれかをプルダウンより■に変更してください。

*手書き記入 → 黒ボールペンを使用し楷書体で丁寧に記入してください。□は黒く塗りつぶしてください。(良い例:■ 悪い例:☑)

		姓				名						写真 				
ふりがな		イ	タ	ハ	シ	タ	ロ	ウ								
氏名		板橋				太郎										
性別(任意)		<input checked="" type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女												
年齢		3	6	歳												
専門学歴	看	学校名	板橋中央看護専門学校				3	年	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2	6	年	0	3	月	卒業
	助							年	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年			月	卒業
	保							年	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年			月	卒業
職歴		看護師	0	9	年	0	4	ヶ月	合計	0	9	年	0	4	ヶ月	※現在の職種以外(准看護師等)の経験がある場合、その職種での経験年数も記載
※休職期間を除く実経験年数		准看護師			年			ヶ月								
		助産師			年			ヶ月								
		保健師			年			ヶ月								

施設名		イムス病院																				
施設住所		〒174-0051 東京都板橋区小豆沢3-3-2																				
施設電話		03-3965-5944 内線 232																				
配属部署		看護部 8階病棟																				
主な診療科目		外科、整形外科																				
現在の職位		<input checked="" type="checkbox"/> スタッフ <input checked="" type="checkbox"/> 実習指導者 <input type="checkbox"/> 副主任 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> その他 ()																				
指導年数	場所	イムス病院																				
	期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	0	2	年	0	4	月	~	0	5	年	0	3	月	合計	0	3	年	0	0	ヶ月
	場所																					
	期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年			月	~			年			月	合計			年			ヶ月

自宅住所		〒174-0051 東京都板橋区小豆沢3-3-3													
自宅電話		03-1234-5678													
携帯電話		080-1234-5678													
E-mail		taro-ims@ims.gr.jp													

※必ず連絡が取れるアドレスを記載ください