

## 令和3年度IMS実習指導者講習会受講申込書

施設名						
所在地	〒		写真	顔写真貼付 白黒・カラーどちらでも可 規格：枠に収まる大きさ 4cm×3cm (撮影後6ヵ月以内)		
電話	( )	—				(内線 )
配属部署						
主な診療科目						
ふりがな				性別	男 女	
氏名						
生年月日	(昭和・平成)	年	月	日	( 歳)	
自宅住所	〒		自宅電話			
			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					
専門学歴	看	学校名	( 年課程)	昭和 平成	年 月 卒業	
	助	学校名		昭和 平成	年 月 卒業	
	保	学校名		昭和 平成	年 月 卒業	
現在の職位 (該当するものに ○をつけてください)	1. スタッフ    2. 実習指導者    3. 副主任    4. 主任    5. 師長 6. その他 ( )					
指導年数	指導場所：		自 年 月 ～		〔合計 年 ヶ月〕	
			至 年 月			
	指導場所：		自 年 月 ～		〔合計 年 ヶ月〕	
			至 年 月			
職歴 (休職期間を除く 実経験年数)	看護師	年	ヶ月	〔合計 年 ヶ月〕		
	准看護師	年	ヶ月			
	助産師	年	ヶ月			
	保健師	年	ヶ月			
講習会・研修会 受講状況 (1週間以上の研修 についてのみ記載)	研修名：	自 年 月 日	主催			
		至 年 月 日				
	研修名：	自 年 月 日	主催			
		至 年 月 日				
	研修名：	自 年 月 日	主催			
	至 年 月 日					

\* 年齢・職歴・指導年数は令和3年8月1日現在で算出してください。

\* 職歴は現在の職種以外（准看護師等）での経験がある場合には、その職種での経験年数も記載してください。

施設名	イムス病院				
所在地	〒174-0051 東京都板橋区小豆沢3-3-2		写真	顔写真貼付 白黒・カラーどちらでも可 規格：枠に収まる大きさ 4cm×3cm (撮影後6ヵ月以内)	
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				
ふりがな	いむす たろう		性別	男 女	
氏名	イムス 太郎				
生年月日	(昭和・平成) 62 年 8 月 1 日		( 34 歳)		
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		
専門学歴	看	学校名	板橋中央看護専門学校 ( 3 年課程)	昭和 平成	26年 3月卒業
	助	学校名		昭和 平成	年 月卒業
	保	学校名		昭和 平成	年 月卒業
現在の職位 (該当するものに ○をつけてください)	<input checked="" type="radio"/> 1. スタッフ <input checked="" type="radio"/> 2. 実習指導者 <input type="radio"/> 3. 副主任 <input type="radio"/> 4. 主任 <input type="radio"/> 5. 師長 <input type="radio"/> 6. その他 ( )				
指導年数	指導場所：イムス病院		[合計 1 年 ヶ月]		
	自 R 2 年 4 月 ~ 至 R 3 年 3 月				
	指導場所：				
	自 年 月 ~ 至 年 月				
職歴 (休職期間を除く 実経験年数)	看護師	7 年	4 ヶ月	[合計 7 年 4 ヶ月]	
	准看護師	年	ヶ月		
	助産師	年	ヶ月		
	保健師	年	ヶ月		
講習会・研修会 受講状況 (1週間以上の研修 についてのみ記載)	研修名： フィジカルアセスメントイン ストラクター育成研修	自 H27 年 4 月 1 日 至 H27 年 8 月 26 日	IMSグループ本部事務局 主催		
	研修名： 教育担当者育成研修会	自 H29 年 12 月 1 日 至 H30 年 5 月 20 日	IMSグループ本部事務局 主催		
	研修名：	自 年 月 日 至 年 月 日	主催		

\*年齢・職歴・指導年数は令和3年8月1日現在で算出してください。

\*職歴は現在の職種以外(准看護師等)での経験がある場合には、その職種での経験年数も記載してください。