

様式 2

2026 年度長崎県保健師助産師看護師実習指導者講習会調査表

フリガナ氏名		性別	生年月日	年 月 日 生 歳 (2026 年 4 月 1 日現在)		
フリガナ現住所		〒 TEL				
勤務先	フリガナ名称	フリガナ所在地		設置主体		
	〒 TEL					
e ラーニング受講時のメールアドレス		(携帯キャリアのメールアドレス以外をご記入ください)				
最終専門学歴		学校名 (学科、教育課程等も記載) ※例) ○○専門学校 △△学科 3年課程				
取得免許		保健師 助産師 看護師 (該当するものにすべてに○を付けてください)				
講習会受講状況 (注1)	名 称		主 催	期 間	受 講 場 所	
職 歴	年 月	施 設 名		職 名	診 療 科 目	勤 務 年 数 年 月
	経験年数 (注2)	保健師 (年) 師長 (年)	助産師 (年) 主任 (年)	看護師 (年) その他 () (年)		
	実習指導の経験 有 (年) 無 現在の指導担当領域:					
主たる業務に従事している職種			保健師 ・ 助産師 ・ 看護師			
受講動機		自分で選んだ ・ 上司の勧め				
※実習指導に関する悩みや課題、また、講習会への希望等がありましたら、簡潔にご記入ください。						

※この調査表は、受講希望者本人が記入してください。

注1：看護教育に関連する講習会の受講状況を記入してください。

注2：経験年数は看護師免許取得後の年数を記入してください。