

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	昭和 平成	年	月	日生	歳
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			
	フリガナ所在地		〒 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	
職歴	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。