

令和8年度看護教員と指導者のジョイント看護実践コミュニティ
『臨床判断能力育成のための教育力向上』実践コミュニティ申込書

令和8年 月 日

ふりがな 氏名				(歳)	
生年月日	西暦	年 月 日	歳(注1)	性別	男 ・ 女
個人 メールアドレス	@ *連絡のつきやすいメールアドレスをご記入ください				
取得免許の種類 該当する免許に○をつける	保健師	助産師	看護師		
施設名					
所在地	〒	—			
	住所				
	電話	()			
	FAX	()			
病院に勤務の方			学校に勤務の方		
教育に携わった年数 (注1)	年 月		教育経験(注1)	年 月	
現在の職位 (相当する職位に○をつける)	部長 ・ 副部長 師長 ・ 副師長 スタッフ その他 ()		現在の職位 該当する職位に○をつける	教務主任・実習調整者 専任教員・実習指導教員 その他 ()	
過去に受けた主な講習会 (1か月以上のもの)	専任教員養成講習会修了年		年	月修了	
	臨地実習指導者講習会修了年		年	月修了	
	その他 ()				
	例:認定看護師教育課程 ○年 ○月修了				
臨床判断能力の育成に興味、関心をもっている理由					

注1) 年齢・経験年月は、令和8年4月末日現在で記入してください。

取得した個人情報は、研修会に関する業務以外には使用しません。