様式１

**岐阜県専任教員養成講習会受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　年　　月　　日記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 男女 | 生　年　月　日 | 写真（カラー）たて４cm×　よこ３cm脱帽無背景裏面に氏名記載し、貼付する |
| 西暦　　　　　年　　月　　日生　　 |
| 　　　　〒　　　－　　　　　　　　　　TEL　　　　－　　　－自宅住所 |
| 勤　務　場　所 | 名　　称 |  |
| 住　　所 |  | 　　年　　月撮　影 |
| 現在の就業部署 |  | 受講後の就業場所 |  |
| 現在の職名 |  | 受講後の担　当（専門領域） |  |
| 現在の職位 |  |
| 免　　　許 | 准看護師免許番号　　　　　　号 | 　　年　　月取得 | 経 験 年 数 | 准看護師　　　　年　　月 |
| 看護師免許番号　　　　　　　号 | 　　年　　月取得 | 看護師　　　　　年　　月 |
| 保健師免許番号　　　　　　　号 | 　　年　　月取得 | 保健師　　　　　年　　月 |
| 助産師免許番号　　　　　　　号 | 　　年　　月取得 | 助産師　　　　　年　　月 |
| 学　　　　　　歴 | 区　　分 | 卒業年月 | 学　　校　　名 | 修業年限 |
| 一　般 | 高　　校 | 年　　月 |  |  |
| 短　　大 | 年　　月 |  |  |
| 大　　学 | 年　　月 |  |  |
| 専　　門 | 准 看 護 師 | 年　　月 |  |  |
| 看　護　師 | 年　　月 |  |  |
| 保　健　師 | 年　　月 |  |  |
| 助　産　師 | 年　　月 |  |  |
| 職　　　　　　　歴 | 施　設　名 | 期　　　　　間 | 主な看護領域分野 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 経験年数（令和7年3月末現在） | 臨床（准看を除く）：　　　年　　　ヶ月 | 教育：　　　年　　　ヶ月 |

様式２

推　　　薦　　　書

　　　年　　　月　　　日

公益社団法人岐阜県看護協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　　　㊞

　下記の者を令和7年度　岐阜県専任教員養成講習会の受講適任者として推薦します。

記

１　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

西暦 　　　年　　月　　日（　　　歳）

２　推薦理由

様式３

令和7年度　岐阜県専任教員養成講習会小論文

課題テーマ　【　私の看護観　　】

氏　名

　　　　　　　　　　・A4サイズ（縦）用紙に横書き

　　　　　　　　　　・11ポイント

　　　　　　　　　　・字体　　MS明朝

　　　　　　　　　　・1,600字程度

様式13

**単位認定申請書**

年　　　月　　　日

公益社団法人岐阜県看護協会長　様

受講生氏名

　下記のとおり、所定の書類を添えて単位認定を申請いたします。

記

1　単位修得状況

　　単位を修得した教育機関名：

　　在籍期間：　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日

2　認定を申請する科目・単位

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 既修得科目名 | 既修単位 |  | 認定を希望する当講習会科目 | 単位 | 事務局使用欄 |
|  | 判定 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※添付書類については、【受講前の取得単位の申請について】を参照し準備すること

※１枚の申請用紙に複数の教育機関で得た単位を記入しないこと