

令和 7 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
『看護形態機能学』実践コミュニティ申込書

令和 7 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	@			
施設名				
施設住所	〒 ー 住所 電話 ()			
臨床経験 (注1)	年 月	教育経験 (注1)	専任教員	年 月
			実習指導教員 (学校在籍)	年 月
			その他 ()	年 月
職位		担当領域 (又は病棟名)		
担当科目又は、今後担当予定の科目と内容 ※未定の場合は未定と記入	例：生活形態機能学 (食と排泄)			
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 ＜看護教員看護教育学研修会＞ ・ 看護の形態機能学受講年 年 月受講 ・ 看護の形態機能学、ヘルスアセスメントの教授方法受講年 年 月受講 ・ その他 [] (大学・大学院で教育に関する科目 4 単位の履修等)			

注 1) 年齢・経験年月は、令和 7 年 4 月末日現在で記入してください。