第１号様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | ＊受付番号 | |
|  | | | |
| 令和５年度  　埼玉県専任教員養成講習会  　　　　受講願書 | 写真  1. 縦5cm×横4cm  2. 正面、上半身、  　 無背景、無帽  3. 写真の裏に氏名を  記入すること  4. 出願前３か月以内  に撮影したもの  5. 全面にのり付けして  　貼付のこと | |  |
| 私は、埼玉県専任教員養成講習会を受講したいので、  　 　　関係書類を添えて出願します。  　令和　 　年　　　月 日   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 現住所 | 〒 | | | 氏名 |  | | | 応募区分  （該当するものを○で囲むこと） | | １ 施設推薦による応募　　２ 一般応募 | |  | | | | 所属施設 | 所在地 |  | |  | 名称 |  | |  |  | （就職年月日：　　　　年　　月　　日） |   　　 埼玉県保健医療部長　あて | | | |

注：１）未就業者については、所属施設の記入は不要。

２）就職年月日については、現在の所属施設での就職年月日を記入すること。

３）＊欄は記入しないこと。

第２－１号様式

埼玉県専任教員養成講習会申込者調査票（その１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | ＊受付番号 |
| ふりがな  氏　　名 | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日（　 歳） 性別 男・女 | | | | | |
| 現住所 | | | 〒 | | | | | TEL |
| 現  所  属  施  設 | | ふりがな  名　　称 |  | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | | | TEL |
| 現在の職名 | | |  | | | 受講中の  身分 | １ 派遣 　２ 休職  ３ その他（　　　　　 ） | |
| 受講の動機 | | | | | | | | |
| 業  務  経  験年数 | 看護教員（ 　年 か月） | | | 免  許  取  得  年月日 | 看　護　師　　　　　　年 月 日  免許番号 | | | |
| 看護師（ 　年 か月） | | |
| 保健師（ 　年 か月） | | | 保　健　師　　　　　　年 月 日  免許番号 | | | |
| 助産師（ 　年 か月） | | |
| 准看護師（ 　年 か月） | | | 助　産　師　　　　　　年 月 日  免許番号 | | | |

（記入上の注意）

１ 該当する事項を◯印で囲むこと。

２ 年齢及び経験年数は、令和５年３月３１日（令和４年度末）時点で記入すること。

３ ＊印欄は記入しないこと。

第２－２号様式

埼玉県専任教員養成講習会申込者調査票（その２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | |  | | | ＊受付番号  （担当記入欄） | | | | |
| ふりがな  氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | Ｓ・Ｈ　 　　　年　　　月　　　日（　　 歳） | | | | | | | | | | | 性別　男・女 | |
| 学  歴 | 卒 業 年 月 | | | | | 学 校 名 | | | | | | | | 修業年限 | |
| 一  般 | 年　月 | | | | 高等学校　　　　　科 | | | | | | | | 年 | |
| 年　月 | | | |  | | | | | | | |  | |
| ※1  専  門 | 年　月 | | | |  | | | | | | | |  | |
| 年　月 | | | |  | | | | | | | |  | |
| 年　月 | | | |  | | | | | | | |  | |
| ※2  職  歴 | 勤 務 先 | | | | | 期　　間※3 | | | 職種 | ※４  職位等 | | 領域  （複数可） | | | 備　考 |
|  | | | | | 年 月　～  　年 月（ 年 か月） | | | 保・助  看・准 |  | | 小児･母性･精神  成人･老年･地域 | | |  |
|  | | | | | 年 月　～  　　年 月（ 年 か月） | | | 保・助  看・准 |  | | 小児･母性･精神  成人･老年･地域 | | |  |
|  | | | | | 年 月　～  　　年 月（ 年 か月） | | | 保・助  看・准 |  | | 小児･母性･精神  成人･老年･地域 | | |  |
|  | | | | | 年 月　～  　　年 月（ 年 か月） | | | 保・助  看・准 |  | | 小児･母性･精神  成人･老年･地域 | | |  |
|  | | | | | 年 月　～  　　年 月（ 年 か月） | | | 保・助  看・准 |  | | 小児･母性･精神  成人･老年･地域 | | |  |
|  | | | | | 年 月　～  　　年 月（ 年 か月） | | | 保・助  看・准 |  | | 小児･母性･精神  成人･老年･地域 | | |  |
|  | | | | | 職歴年数の合計（ 年 か月） | | |  |  | | 教育４単位の  履修の有無 | | | 有 ・ 無 |
| 教  育  ４  単  位  内  容 | 単位名 | | | | | | | | | | | 大学名 | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| 主な研  修  歴 | 期 間 | | | | | | 名称（１か月以上のもの） | | | | | | 主催 | | |
| 年 　月～ 年 月 | | | | | |  | | | | | |  | | |
| 年 　月～ 年 月 | | | | | |  | | | | | |  | | |
| 年 　月～ 年 月 | | | | | |  | | | | | |  | | |
| ※５  主な  研究業績 | 発表時期 | | | 研究テーマ | | | | | | | | | 発表先 | | |
| 年 　月 | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 年 　月 | | |  | | | | | | | | |  | | |

（記入上の注意）

※１　各看護職養成所名を記入し、看護師養成所については２年課程、３年課程の別も記入すること。

※２　現在の就業先も含め、令和５年３月３１日までの見込みで記入すること。

※３　育児休業等により従事していない期間は計算から除外し、備考欄に除外した期間を記入すること。

※４　勤務先が医療機関の場合に、看護師長等の職位又は特別な役割（実習指導者等）を記入すること。

※５　「主な研究業績」欄は、個人･共同研究を含め、主な研究業績について記入すること

第３－１号様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推　　　薦　　　書 | | | ＊受付番号 |
|  | 受講希望者名 |  | |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ 年　　　　月　　　　　　日　（　　　　　歳） | |
| 推薦する理由 | | |
| 受講後に期待する役割 | | |
| 上記の者を推薦する。 なお、上記の者に係る職歴が事実と相違ないことを証明する。  令和 年 月 日   |  |  | | --- | --- | | 施設名 |  | | 所在地 |  | | 施設長名 | 印 | | 記入者職・氏名 | 印 | | | |
|
|

（記入上の注意）

１　「推薦する理由」には、受講希望者の勤務態度や健康状況なども含め、施設として受講希望者を推薦する理由を明記すること。

２　＊欄は記入しないこと

第３－２号様式

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 従　事　証　明　書 | | | | ＊受付番号 |
| 受講希望者名 | | |  | |
| 生年月日 | | | Ｓ・Ｈ　 年　　　　月　　　　　　日　（　　　　　歳） | |
| 従  事  期  間 | 保  健  師 | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日～Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日（ 常 ・ 非 ）  Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日～Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日（ 常 ・ 非 ）  　（合計　　年　　か月） | | |
| 助  産  師 | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日～Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日（ 常 ・ 非 ）  Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日～Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日（ 常 ・ 非 ）  　（合計　　年　　か月） | | |
| 看  護  師 | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日～Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日（ 常 ・ 非 ）  Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日～Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日（ 常 ・ 非 ）  　（合計　　年　　か月） | | |
| 埼玉県保健医療部長　あて  令和 年 月 日  上記のとおり証明する。  施 設 名  所 在 地  施設長名 　　 　　 　　　印 | | | | |

（記入上の注意）

１　現在就業中の場合は、令和５年３月３１日現在の状況を見込みで記入すること。

２　１施設につき１枚の証明とすること（２か所以上の施設で合わせて５年以上となる場合は、個々に証明が必要となる。）。

３　「従事期間」のうち、「（常・非）」については、常勤の場合「常」を、非常勤の場合「非」を○で囲むこと。

４　資格取得前の在職期間については記載しないこと。

５　＊欄は記入しないこと。

第４号様式

＊受付番号

令和５年度埼玉県看護教員養成講習会小論文記入用紙

　　　　氏名：

○「私の看護観」について、800字以内で記載すること。

100

200

300

400

500

600

700

800

注１□この用紙によらず、パソコン等で作成した論文を提出することも可とする。その場合は字体をＭＳ明朝１２ポイントとし、横書きで１行あたり２５字で３２行以内に記載し、Ａ４用紙１枚に印刷して提出すること。

注２□＊印欄は記入しないこと。

第５号様式

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 既習得単位認定申請書 | | | | ＊受付番号 |
| ふりがな  氏　名 | | |  | |
| 生年月日 | | | Ｓ・Ｈ 年　　　　月　　　　　　日　（　　　　　歳） | |
| 既修得内容 | ① | 【専任教員養成講習会等名】 | | |
| 【習得単位内容】 | | |
| ② | 【専任教員養成講習会等名】 | | |
| 【習得単位内容】 | | |
| ③ | 【専任教員養成講習会等名】 | | |
| 【習得単位内容】 | | |
| ④ | 【専任教員養成講習会等名】 | | |
| 【習得単位内容】 | | |

※当該申請書に単位の修得を証明できる書類を添付すること。

　・例：修了証明書の写し＋授業内容の詳細がわかるもの（シラバス）の写し  
　申請時点で修了見込の場合は、【習得単位内容】の欄に修了見込時期を記載し、修了後  
　速やかに修了証明書の写しを提出すること。  
　なお、令和５年度以降に修了予定の場合は、対象外とする。

書類等作成上の留意事項

１　第２－２号様式記入上の注意点

・　職歴のうち期間の欄中の（　年　か月）内の計算に当たっては、１か月に満たない端数の日数は原則として切り捨てますが、従事した施設が複数の場合は各施設での１か月未満の従事日数を合算し、30日を１か月として換算し記入してください。

　　　（例）H22. 4.20 ～ H25.10.10 ○○病院 →　　３年５か月21日

　 　 H25.11.15 ～ H28. 3.31 △△医院 →　　２年４か月17日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　計　５年９か月38日　→**５年10か月**8日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ○○病院 | H22年 4月～  　H25年10月（３年６か月） | 保・助  「職歴年数の合計」欄と一致するよう適宜調整のうえ御記入ください。（例では、１か月未満の従事期間を合算した結果増えた１か月を○○病院の期間に加えています。）  看・准 |  |  |
|  | △△医院 | H25年11月～  　H28年 3月（２年４か月） | 保・助  看・准 |  |  |
|  |  | 職歴年数の合計（５年10か月） |  |  |  |

・　育児休業等により看護師等の業務に従事していない期間は従事期間から除外し、備考欄に除外した期間を記入してください。

　　　　…従事期間に算入する期間

産前・産後休暇(有給)　　　　　　　　　　 育児休業　　　　 　　　　復職

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □□病院 | H19年 4月～  H25年 3月（５年１か月） | 保・助  看・准 | 備考欄に除外した期間を記入してください。 | 育児休業  H22.7.4～H23.5.7 |

２　第３－２号様式記入上の注意点

（例）平成19年4月1日～平成22年3月31日 准看護師として従事

平成22年4月1日～ 看護師資格取得後、看護師として従事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 看  護  師 | Ｓ・Ｈ・Ｒ２２年　４月　１日～Ｓ・Ｈ・Ｒ　２年　３月３１日（ 常 ・ 非 ）  　Ｓ・Ｈ・Ｒ１８年　４月　１日～Ｓ・Ｈ・Ｒ２５年　３月３１日（ 常 ・ 非 ）  証明日以降も継続して従事する予定の場合は、令和５年３月３１日現在の見込みで記入してください。  　（合計１０年　０か月） |
| 准看護師の従事期間（看護師資格取得前の勤務期間）は含めません。  埼玉県保健医療部長　あて  令和●●年　▲月 ▼▼日  上記のとおり証明する。 | | |

３　返信用封筒について

施設推薦による応募の場合は、受講希望者ではなく推薦者宛で作成してください。（選考結果は、推薦者を通じてお知らせします。）

※一般応募の場合は、受講希望者宛で作成してください。

　その他、書類作成に当たり御不明の点等がございましたら、下記担当まで

お問い合わせください。

埼玉県保健医療部医療人材課

看護・医療人材担当

電　話：048(830)3543

ＦＡＸ：048(830)4802

E-mail：a3560-01@pref.saitama.lg.jp

84

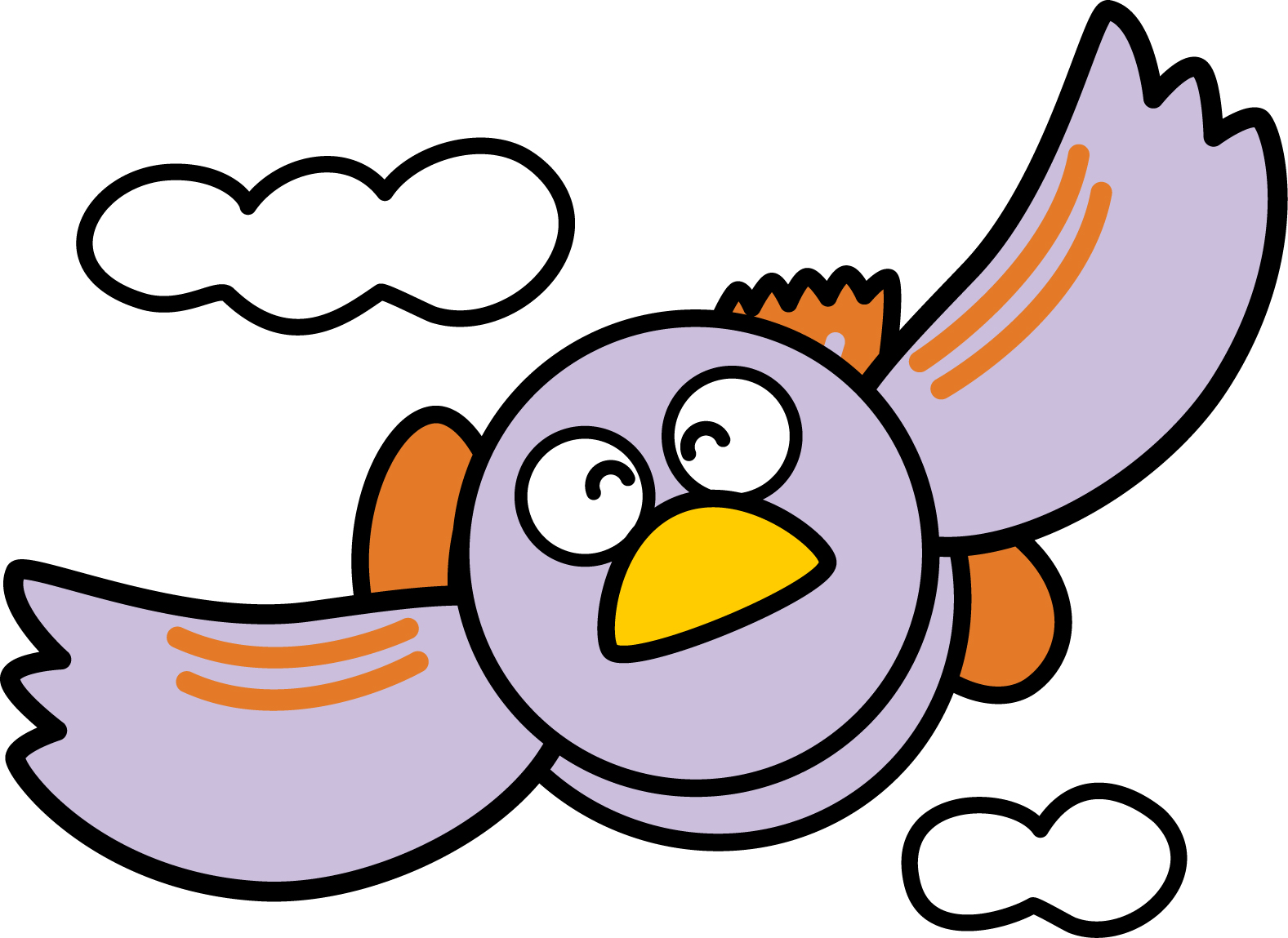
　　□□□-□□□□

○○県○○市

□□一―二―三

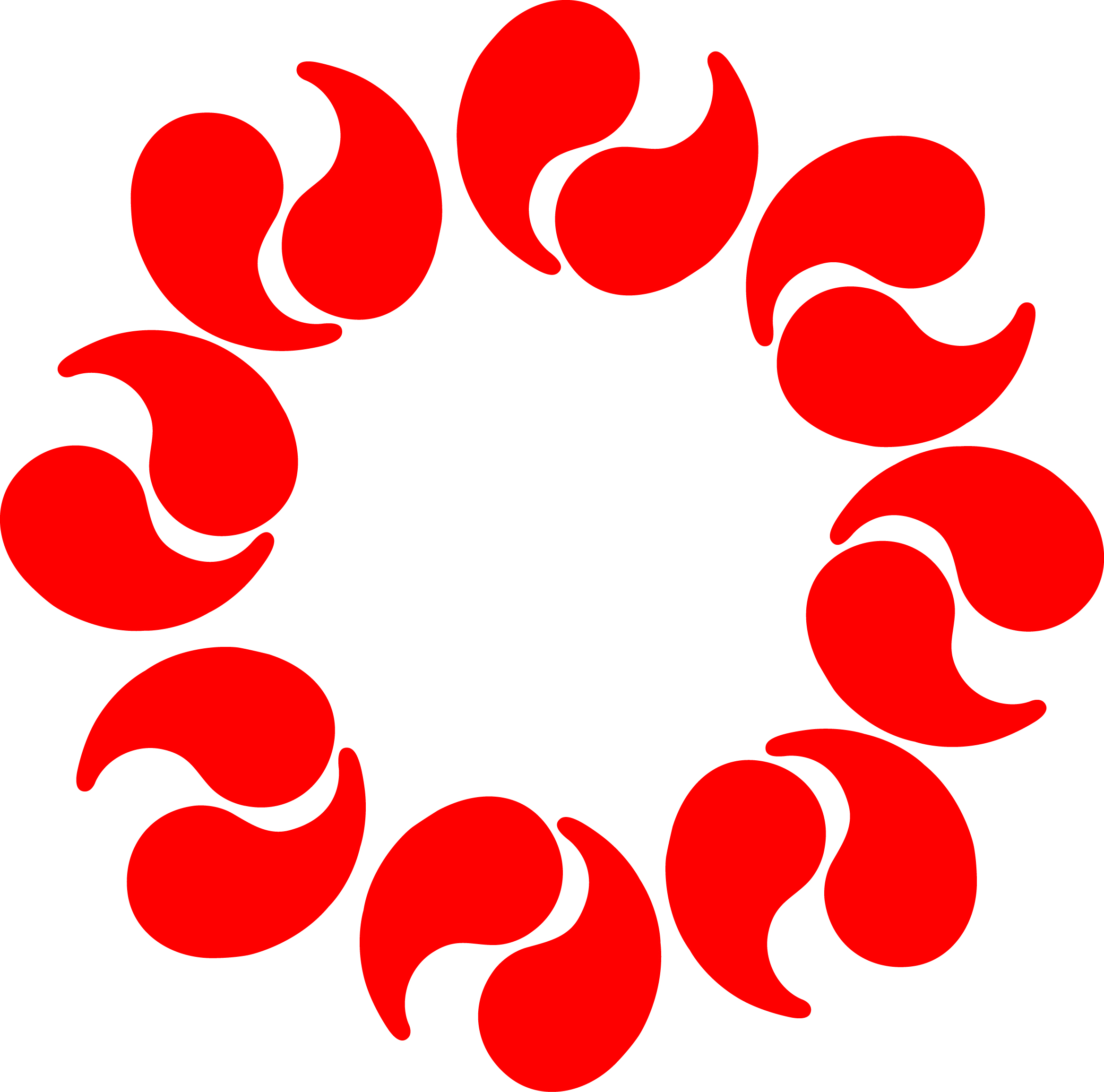
○○○○看護専門学校

　 学校長　□□□□



埼玉県のマスコット　コバトン

彩の国



埼玉県