

記入例

(様式第3)

履修証明プログラム受講願書兼履修者登録票

フリガナ	ヤマガタ ハナコ			*写真添付欄 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 直近6か月以内の 写真。 証明写真でなくても可。 但し、顔が正面からわかるもの </div>
氏名	山形 花子			
生年月日等	(西暦) 1980 年 6 月 3 日生			
	(男・女)	年齢	43	
住所	〒990 - 2212		TEL 023-0000-0000	
	山形市上柳260番地		携帯 000-0000-0000	
			E-mail 0000@0000	
所属機関等名	〒000-0000		TEL 023-0000-0000	
	000市00 000番地		0000病院	
所属・役職等				
専門職としての経験年数		その他の保有資格・免許等	看護師・介護支援専門員 *専門職としての資格・免許を記入 自動車運転免許は不要	
学歴 *高校卒業及びそれ以降の学歴について記載	年 3 月	0000高校卒業		
	年 4 月	0000看護学校入学		
	年 3 月	0000看護学校卒業		
	年 4 月	0000看護学校助産学科入学		
	年 月			
	年 月			
受講希望 *該当する方を○で囲んでください。	全科目履修 ・ 単元履修			
所属長署名・押印欄	○○ ○○ 氏の上記プログラムの受講を了承し、承認します。 ○○○○病院 院長 ○○ ○○ 印			

緊急連絡先として必ず
←記入して下さい。

大学からのメールを受け取ることができるように
に設定したアドレスを必ず記入してください。

記入例

* 記載していただいた情報は、本事業以外の目的に利用することはありません。

履修者番号	
受講希望理由	
○○○○のために、○○○○をしたいと思い志望した。今後○○○○に活かしていきたい。	

*以降、看護実践研究センターで記入

プログラムの受講状況				
年度	科目名	受講時間	担当教員	判定結果
	看護の動向と課題			
	地域医療連携の概要			
	チーム医療			
	地域包括ケアシステムの現状と課			
	連携のための基本的なスキル			
	摂食・嚥下困難を抱える患者の看			
	皮膚ケアの看護			
	生活習慣病を抱える患者の看護			
	急変時の看護			
	終末期にある患者の看護			
	看護研究の進め方			
	量的研究			
	質的研究			
	研究計画書の作成			

記入不要

修了年月日	年 月 日
履修証明書番号	

