

入力例

2024年度 福岡県立大学 臨床教授等 申請者入力フォーム

記入漏れのないようお願いいたします。申請代表者は、申請時に問い合わせを要した際に連絡が取れる方でお願いいたします。

施設名	
申請代表者様のご氏名	申請代表者様の所属部署
	連絡先(メールアドレス)

申請日：令和 年 月 日

申請日と申請者の「勤続年数」「申請資格」等について、相違がないかをご確認いただき、確認者の氏名をご入力ください。

氏名：

下記のとおり、申請内容に相違はありません。

【役割】

- 臨床教授：本学の実習受け入れにおける指導体制及び管理の実質的な責任者
- 准教授：本学の学生が実習を行う部署の指導体制及び直接的指導の責任者
- 臨床講師：本学の学生が実習を行う部署での継続した直接的指導を行う責任者

【入力における注意】

経年数、資格取得、講習等の受講等は、各施設でご確認いただき正確にお書きください。職務等の従事期間は、月単位で記載してください。

付与資格と役割をご確認いただき選択してください

No	氏名(漢字)	氏名(ひらがな)	2024年度以降の 職位	2024年度以降の 所属病棟	保健師・助産師・看護師 勤続年数 (2024年3月末段階)	申請資格 ※ 該当箇所にご記入ください。 ※ 複数回答可	希望する付与資格 ※ 選択回答	指導を担当する実習科目 ※ 複数回答可。該当科目にご記入ください。	備考 あれば自由に入力してください
例	福岡 県大	ふくおか けんた	看護師長	A病棟	保健師 3年 6ヶ月 助産師 年 月 看護師 12年 6ヶ月 実務経験の合計 16年 0ヶ月	<input type="checkbox"/> 修士以上の学位 <input type="checkbox"/> 専門看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 認定看護師 <input type="checkbox"/> 実習指導者講習会修了者 <input type="checkbox"/> 看護専門学校教員養成研修修了者 その他()	臨床准教授	<input type="checkbox"/> 暮らしを知る実習 <input type="checkbox"/> 暮らしの中の看護を知る実習 <input checked="" type="checkbox"/> 基礎 <input checked="" type="checkbox"/> 成人(慢性期・急性期) <input type="checkbox"/> 老年 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 女性(リプロダクティブヘルス) <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 統合	
1					保健師 年 月 助産師 年 月 看護師 年 月 実務経験の合計 年 月	<input type="checkbox"/> 修士以上の学位 <input type="checkbox"/> 専門看護師 <input type="checkbox"/> 認定看護師 <input type="checkbox"/> 看護実習指導者講習会修了者 <input type="checkbox"/> 看護専門学校教員養成研修修了者 その他()	臨床教授 臨床准教授 臨床講師		
					保健師 年 月 助産師 年 月	<input type="checkbox"/> 修士以上の学位 <input type="checkbox"/> 専門看護師 <input type="checkbox"/> 認定看護師 <input type="checkbox"/> 看護実習指導者講習会修了者			

空欄をクリックすると「臨床教授・准教授・講師」選択肢が出てきます。

1シートにつき7名の申請者が入力できます。7名以上申請する場合は、「No2 8-14」のシートに追加入力をお願いします。