受付番号（委員会使用）：

申請日：　　　年　　　　月　　　　日

**申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （会員番号　　　　　　　　　） |
| 住所 | 〒 |
| 連絡用電話番号 |  |
| 連絡用メールアドレス |  |
| 助産師歴（年） |  |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 所属地区分会 |  |
| 専門部会 |  |
| 備考 |  |

過去3年間の生・性の教育の実績

過去3年間の実施数　　　　回　　（氏名　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ, | 実施年月日 | 　場所　　　　　　　 | 　対象 | 人数 | 時間 | 教育内容 | 特記 |
| 例 | 2018／３／１６ | 公立中学 | 3年 | 80人 | 90分 | 妊娠・出産、性感染症 | 講義、男女混合 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　生・性の教育の見学・実施

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 　　　　　　　　　　　　　事務j記載　 |
| 氏名会員番号 |  |  |
| 開催日 |  |
| 講座名 |  |
| 会場 |  |
| 対象者対象人数 |  |  |
| 講座の目的（見学の場合は実施者に聞いて下さい。） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 講座内容と主な時間◯◯:◯◯～◯◯:◯◯（　　分間） | 時間 | 内容（具体的に） | 方法（資料等） |
|  |  |  |
| 感想（見学）評価（実施） |  |
| 責任者名（連絡先） | 電話／メール　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

研修会受講書貼付欄（2019～2020年度）