**岩手保健医療大学大学院　事前相談票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別／年齢 | 男 ・ 女　／　　　　歳 |
| 希望する看護学領域・分野 | □基礎・地域連携看護学領域　□臨床・応用看護学領域　　□看護管理学領域↳基礎・地域・在宅　　　　　↳老年・母性・小児・精神 |
| 考えている研究テーマ | 　□未定 |
| 連 絡 先 | 住　所：電　話：E-mail： |
| 勤務先（職位） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）・　無職 |
| 最終学歴（在学中含む） |  | 大学卒・短期大学卒・専門学校卒・見込み |
| 直近の職歴 | ①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦　　　年　月～　　　年　月） |
| ②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦　　　年　月～　　　年　月） |
| これまでの研究発表及び雑誌投稿の実績 | ① |
| ② |
| ③ |
| 講習会等の修了実績（修了年） | ① |
| ② |
| 認定看護師など（取得年） | ①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　年） |
| ②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　年） |
| 長期履修の予定（理由） | 有　・　無　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 修学にあたっての心配事 |  |
| 対応した教員名（分野） |  | 基礎 ・ 地域 ・在宅 ・ 老年 ・ 母性小児 ・ 精神 ・ 看護管理 |
| 備考（所見） |  |

**相談者は太枠以外に記入、✓、○をしてください**　　　　　　　　相談日時：　　　年　 月　 日

**～ご対応いただいた先生は、太枠内をご記入のうえ、学務課小松までご提出ください～**