**国際助産師研修　参加申込書**

年　　月　　日　現在

|  |
| --- |
| ふりがな写真 |
| 氏　　名 |
| 生年月日（西暦） 　　　年　　　月　　　日生 （満　　　歳） | 男　・　女 |
| 連絡先電話番号（携帯）：　　　　　　　　　　　　　　　E-MAILアドレス： |
| ふりがな | 電話（　　　　　　）― |
| 現住所　〒 |
| FAX　（　　　　　　）― |
| ふりがな | 電話（　　　　　　）― |
| 緊急連絡先（必ずご記入願います）　〒（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人との続柄 |

**◆職務履歴**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入職年月 | 退職年月 | 病院・会社・団体名等 | 所属（例：科・病棟）役職等 |
|  |  |  |  |
| 業務内容　（具体的に詳しく記入） |
|  |  |  |  |
| 業務内容　（具体的に詳しく記入） |
|  |  |  |  |
| 業務内容　（具体的に詳しく記入） |

（職務歴が書ききれない場合は下に欄を追加してご記入下さい）

|  |
| --- |
| その他特記事項（資格・免許） |

**◆学歴**（高等学校以降記入、研修・トレーニング歴などあれば併せて記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間 ( 年 月～年 月) | 学校名 | 学部・学科・取得学位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**◆研修参加期間** いずれか1つを選択してください

|  |
| --- |
| 1. 国内半年＋海外1年
2. 国内半年＋海外半年
3. 海外1年（国際医療短期ボランティア参加時期：　　年 月, 国：　　　　）※吉岡医師手術活動に限る
 |

**◆会員登録日**　　　　　（参加には会員登録が必要ですので、会員登録後に本申込書をお送り下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員振込み日： | 振込み金額： | 振込み先：□郵貯　□銀行　　　　　□クレジット決済 |

頂戴した個人情報は団体内での使用に限定し、許可なく外部へ提供することは一切ありません。

**参加志望動機**

氏名：

|  |
| --- |
| １．国際助産師研修に参加する動機を参加コースの選択理由を含めて記述してください。 |
| ２．実際、国際助産師研修に参加することになった場合、１）研修で学びたいことを具体的に記述してください。２）研修修了時の目標を記述してください |
| ３．現在考えている、研修修了後の進路を記述してください |