岩手保健医療大学大学院　事前相談票

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

ふりがな 相談者氏名		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）			

～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～