**岩手保健医療大学大学院　事前相談票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受験予定者氏名 |  | 性別／年齢 | | 男 ・ 女　／　　　　歳 |
| 希望する  看護学領域別 | □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］　　　　［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 ・ 老年 ・ 母性  小児 ・ 精神 ・ 看護管理 | | |
| 備考（所見） |  | | | |

（※相談者は太罫線以外をご記入ください）　　　　　　　　　　　　相談日時：　　　年　 月　 日

（ご対応いただいた先生は、各項目をご記入のうえ、大学院学務課までご提出ください。）