

令和5年度茨城県専任教員養成講習会募集要項

1 目的

看護職員の養成に携わる者に対し必要な知識、技術を修得させ、看護教育の充実向上を図ることを目的とします。

2 主催

茨城県

3 開催期間

令和5年4月6日（木）～令和6年3月22日（金）

4 講習会場

茨城県立医療大学（茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2）

なお、一部の科目について他の会場で開催することがあります。

5 講習内容

別表のとおりとします。

6 募集人員

20名程度

7 出願資格

保健師、助産師又は看護師として5年以上業務に従事した者であって、本講習会修了後看護教育に従事する者（実務経験年数は、令和5年3月31日現在とします）。

8 出願手続き

(1) 願書受付期間

令和4年11月1日（火）～令和4年11月25日（金） ※当日消印有効

(2) 提出書類

推薦応募 (現在就業中の施設長が推薦する者)	一般応募
① 受講申込書〈様式1〉 ② 個人調書 〈様式2〉 ③ 推薦書 〈様式3-1〉 ④ 在職証明書〈様式3-2〉(※1) ⑤ 保健師、助産師又は看護師の免許証のいずれかの写し ⑥ 小論文(※2) ⑦ 受講検定料 (普通為替証書) ⑧ 検定料納付書〈様式4〉	① 受講申込書〈様式1〉 ② 個人調書 〈様式2〉 ③ 在職証明書〈様式3-2〉(※1) ④ 保健師、助産師又は看護師の免許証のいずれかの写し ⑤ 小論文(※2) ⑥ 受講検定料 (普通為替証書) ⑦ 検定料納付書 〈様式4〉

※1 在職証明書〈様式3-2〉

保健師、助産師又は看護師の資格によって5年以上勤務したことを施設長が証明したもの（2カ所以上の施設で合わせて5年以上になる場合は個々に証明が必要）

現在勤務年数が5年に満たない場合には、4月開講時に勤務年数5年であることの在職証明書（様式3-2）を提出する必要があります。

※2 小論文

- ・テーマ：自分自身の看護実践をふまえて、自分の看護観と目指す教員像を述べなさい。その際、二つ程度文献を引用すること

- ・字 数：2,000 字以内
- ・様式等：A 4 用紙 2 枚（縦置き・横書き 40 字×30 行、テーマ・氏名を含む。）
表紙不要、書体MS明朝 11 ポイント

(3) 書類の提出及び受講検定料の納付方法

- ① 郵便局又はゆうちょ銀行で 8,380 円の普通為替証書を購入する。
- ② ①を提出書類一式と一緒に角 2 封筒に入れる。
- ③ 角 2 封筒には、「講習会受講願書在中」と朱書きする。
- ④ 普通為替証書の指定受取人欄には「茨城県立医療大学」と記入し、それ以外の欄には記入しない。
- ⑤ 「(4) 提出先」宛に「簡易書留郵便」で郵送する。
※領収証書については、受講可否通知とともに送ります。

(4) 提出先

茨城県立医療大学事務局教務課 専任教員養成講習会担当
〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2

9 選考方法

受講者は書類審査により決定します。

10 受講可否通知

(1) 受講可否通知

令和 4 年 1 月 16 日（金）付けで、講習会受講の可否について、出願者本人宛に文書にて通知します。

受講手続き終了後、定員に欠員が生じた場合には、追加合格を行うことがあります。

(2) 追加合格

①令和 5 年 1 月 13 日（金）午前 9 時～午後 5 時の間に受講申込書に記載された連絡先に直接電話で本人に照会する。

※この時点で本人の意思確認ができない場合は、追加合格の対象外になりますので御注意ください。

②受講手続きについては、別途御案内します。

(3) その他

令和 5 年 1 月 4 日（水）までに可否通知が届かない場合は、本学専任教員養成講習会担当までご連絡ください。

11 受講手続き

(1) 受講手続きの書類

合格者には、受講手続きに必要な書類を郵送しますので、期間内に手続きを済ませてください。

(2) 手続き期間

令和 5 年 1 月 5 日（木）から令和 5 年 1 月 13 日（金）まで

※郵送の場合は、当日消印有効。

※窓口持参の場合は、土、日、祝日を除く、午前 8 時 30 分から午後 5 時まで。1 月 13 日（金）のみ 12 時（正午）まで。

(3) 受講料

受講に際しては、以下の受講料を納付してください。納付方法の詳細は、受講手続きの書類にて御案内します。

① 茨城県内の者※ 238,850 円

② 茨城県外の者 265,050 円

※茨城県内の者とは、以下のいずれかに該当する者です。

(ア)令和 5 年 4 月 1 日現在で引き続き 1 年以上茨城県内に住所を有している。

(イ)令和 5 年 4 月 1 日現在で配偶者又は 1 親等の親族が引き続き 1 年以上茨城県内に住所を有している。

なお、受講に要する参考書代、教材費、学生保険、実習に要する経費（場合により宿泊費の

発生)等は別途受講者の負担となります。

12 個人情報の取り扱いについて

書類審査を通じて取得した個人情報は、本学専任教員養成講習会の書類審査に係る用途に利用します。他の目的での利用及び本学の関係教職員以外への提供は行いません。

13 その他

- (1) 茨城県専任教員養成講習会は、公共交通等の学生割引、通学定期が適用されません。
- (2) 本学に宿泊施設はありません。

【お問い合わせ先】茨城県立医療大学 事務局 教務課 専任教員養成講習会担当

〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2

TEL 029-888-4000 FAX 029-840-2301

URL <https://www.ipu.ac.jp/>

(別紙)

区分	教育内容	科目名	単位数	時間数
基礎分野	教育の基盤	教育原理	1	15
		教育方法	1	15
		教育心理	1	15
		教育評価	1	15
		情報通信技術	1	15
		発達心理学	1	15
		人間関係論演習	1	30
	小計		7	120
専門分野	看護論	看護論	1	15
		看護論演習	1	30
	看護教育論	看護教育・制度論	2	30
	看護教育課程	看護教育課程論	3	45
		看護教育課程演習	2	60
	看護教育方法	看護教育方法論	6	90
		看護教育方法演習	3	90
	看護教育演習	専門領域看護論演習	2	60
	看護教育評価	看護教育評価論	2	30
		看護教育評価演習	1	30
	看護学校組織経営	看護学校組織経営論	1	15
	看護教育実習	看護教育実習	2	90
看護研究	研究方法	2	60	
	小計		28	645
関連分野		特別講義・演習	1	30
	小計		1	30
合計			36	795

様式1

受講申込書

私は、令和5年度茨城県専任教員養成講習会を受講したいので、関係書類を添えて申
込めます。

令和 年 月 日

茨城県立医療大学
学長 松村 明 殿

ふりがな
氏 名

印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

年 齢 歳 (令和5.4.1現在)

現住所 〒

連絡先 電話

携帯電話

令和5年度茨城県専任教員養成講習会 個人調書

令和 年 月 日

ふりがな		性別	写真添付欄 1.写真(カラー) 2.たて4cm×横3cm 3.脱帽無背景 4.3か月以内に写したもの 5.写真裏面に氏名記入
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日(満 歳)		
現住所	(〒 -)	連絡先電話番号	
		(自宅) (携帯) (FAX)	
その他 連絡先	現住所以外に連絡を希望する場合のみ	その他連絡先	
		(電話)	

【勤務場所】

施設名			
所在地	(〒 -)		
現在の担当		現在の職名	
受講後の 就業場所		受講後の担当	

【学歴】

学校名(高等学校以上で専門学歴も記入)	卒業年月	修業年限
	昭和 平成 年 月	
	昭和 平成 年 月	
	昭和 平成 年 月	
	昭和 平成 年 月	
	昭和 平成 年 月	

【免許種別及び業務従事年数】

	登録番号	登録年月	従事年数
看護師		昭和 平成 年 月	年 ヶ月
保健師		昭和 平成 年 月	年 ヶ月
助産師		昭和 平成 年 月	年 ヶ月

【助産師・保健師・看護師としての職歴】

職歴（勤務先名称）	担当業務	雇用形態	在職期間及び業務従事年数	
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
		常勤 非常勤	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	年 ヶ月
通算業務従事年数（休職及び休業期間を除く）				年 ヶ月

※助産師・保健師・看護師として勤務した職歴を現在の勤務先も含めて記入してください。

推薦書

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳（令和5年4月1日現在）

上記の者を、令和5年度茨城県専任教員養成講習会受講者として推薦します。

【推薦理由】（受講資格を確認のうえ、受講適任者と判断された理由を記入してください。）

※責任感、協調性、コミュニケーション能力、健康状況等

※講習会終了後の勤務（予定）先が決まっている場合は次を記入してください。

なお、上記の者については、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から、

（養成所名） _____ に勤務する予定です。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属長 (医療機関名)

所在地

管理者

印

養成所長 (養成所名)

所在地

養成所長

印

※ 医療機関・養成所の署名・押印は、該当する一方のみでも可

※ 押印は公印とすること

在職証明書

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

上記の者は当機関（施設）において、

(西暦) 年 月より } 計 年 ヶ月間 勤務している
(西暦) 年 月まで }

ただし勤務（従業）形態は【常勤・非常勤（1日 時間で週 日）】である

上記内容を証明いたします。

令和 年 月 日

機関（施設）名：

代表者
氏名：

⑩

所在地：

TEL：

領収証書

受験番号	※	
氏名		
令和4年度歳入	一般会計	
(款)使用料及び手数料		
(項)手数料		
(目)保健福祉手数料		
(節)専門職教育課程検定料		
納付金額	8,380円	
<p>ただし、令和5年度専任教員養成講習会検定料として上記の金額を受領しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>茨城県立医療大学 地方出納員 岡崎 一裕</p>		

切り取らないこと

検 定 料 納 付 書 原 符

受験番号	※	
氏名		
令和4年度歳入	一般会計	
(款)使用料及び手数料		
(項)手数料		
(目)保健福祉手数料		
(節)専門職教育課程検定料		
納付金額	8,380円	
<p>ただし、令和5年度専任教員養成講習会検定料として</p> <p>令和 年 月 日 領収</p> <p>茨城県立医療大学 地方出納員 岡崎 一裕</p>		

切り取り線

・太枠内に氏名を記入すること

..... 切り取り線