**【様式4】**

**令和7年度愛媛県看護師等養成所運営費補助金要望調査票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 養成所名 | |  | | |
| 課程  （全日･定時制の別） | | 師　　　　　年課程　　　　　　制 | | |
| 設置主体 | |  | | |
| 学生の状況 | 1学年定員 | 年度からの変更（該当に○を）　　　　　有　　　　　無  1学年　　　　人×　　　クラス＝　　　　人 | | |
| 総定員 | 1学年定員　　　人×　　　学年＝　　　　人 | | |
| 専任教員数  （副学校長は含めない） | | 人 | | |
| う  ち | 実習調整者 | 人  注）教務主任・クラス担任・学生指導担当者のいずれも兼務していない者であること | | |
| 学生指導担当者 | 注）教務主任・クラス担任・実習調整者のいずれも兼務していない者であること | | |
| 専任事務職員数 | | 注）庶務、会計、教務、図書管理等の事務に専任する者であること 人 | | |
| 新任看護教員研修事業 | | 実施の有無 有・無 | 受講人数　　　　　0　人 | |
| 看護教員養成講習会参加促進事業 | | 受講予定の有無  有・無 | 受講人数　　　　　0　人 | |
| 統合カリキュラム（保健師と看護師、または助産師と看護師の教育を一貫して行う教育課程）への切り替え予定 | | 該当に○をつけてください  有　　　　　　　　　　無 | | |
| 補助金担当者 | | 所属・職・氏名 | |  |
| 電話番号 | |  |
| ＦＡＸ番号 | |  |
| その他特記事項 | |  | | |