群馬県立県民健康科学大学　地域連携・キャリア開発センター

**令和７年度　看護研究個別支援（新規）受講報告書**

※研究支援終了後、支援内容を箇条書きでご記入の上、研究支援教員の確認を受けてください。教員の確認後、指定の日までに地域連携・キャリア開発センター事務局に**E-mail**にてご提出ください。

**地域連携・キャリア開発センター事務局（renkeicenter@gchs.ac.jp）**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 【受講者氏名】※受講者全員の名前 | 【研究支援教員名】　 |
| 【最終研究テーマ】 |
| 【研究指導回数】【研究指導方法】※あてはまるもの**全てに○**を付けてください。　対面・WEB・電話・E-mail・その他（　　　　　　　　　）【研究指導内容】 |
| 【今後の方針：施設内発表、学会発表、論文投稿等】* 施設内発表の有無　□発表あり　　　　□発表なし
* 学会発表の有無　　□発表あり（学会名：　　　　　　　）　　□発表なし

＊学会発表ありの方のみ、以下の項目もチェックしてください。　□研究支援教員が共同研究者になっている　　□研究支援教員が共同研究者になっていない* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本学ホームページに、①研究テーマ、②所属医療機関を掲載することについて | 　□　同意します□　同意しません |
| 研究支援教員の確認終了後、右の□にチェックをお願いします。 | 　　　　　　　　□ 研究支援教員に確認を受けました　　　　　　　　　　　 |