山口県看護協会　認定教育課　行

FAX送信先　0835-24-1230

**看護学生の実習指導に関するアドバイザー派遣申込書**

平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 記入者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

【**相談内容】**

**〇実習施設の場合**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習受入の状況 | 受入養成所名 |  |
| 実習科目 |  |
| 実習受入れ開始時期 |  |
| 指導者数及び指導体制の状況（１実習あたりの） |  |
| 相談内容 | 具体的な相談内容・申し込まれた経緯・相談内容・改善したい状況　等 |  |

〇学校養成所の場合

|  |  |
| --- | --- |
| 実習施設 | 箇所 |
| 具体的な相談内容（実習施設、学生対応、所属内の体制整備に関すること等が分かるように具体的にご記入下さい） |  |

【申し込み期限：7月10日（火）】