山口県看護協会　教育課　行

FAX送信先　0835-24-1230

**実習指導者と看護教員の相互研修（研修Ⅰ・研修Ⅱ）申込書**

　　年　　月　　日

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

**研修Ⅰ　8月9日（月）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 役　職 | 氏　　名 | 職　能 | 実習指導経験年数 | 効果的な実習指導を行うために課題となっていること |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |

**研修Ⅱ　8月12日（木）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 役　職 | 氏　　名 | 職　能 | 実習指導経験年数 | 実習指導における連携、協働する上で困っていること  （教員、スタッフ等） |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |

【申し込み期限：6月29日（火）】