平成30年度熊本県看護学生実習指導者講習会　事前課題

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 氏名 |  |
| 受講番号 |  |

下記1．～3．について各100～150字程度で記載し、[kna43@pastel.ocn.ne.jp](mailto:kna43@pastel.ocn.ne.jp)宛て、または

看護協会教育部宛て郵送にて、8月末までに提出してください。

（様式は看護協会ホームページからダウンロードできます）

1.　自施設全体及び所属部署（病棟 等）の看護学生実習指導の体制について簡潔に記載して

ください。

2．自施設全体の実習受入学校・課程・実習領域（成人看護学・老年看護学 等）について記載し、

所属部署の実習について〇を付けてください。（例：1の場合、①としてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 学校名 | 課程 | 実習領域 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

3．受講にあたっての課題

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（1枚にまとめてください）