令和3年度熊本県看護臨地実習指導者講習会　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、8月11日（水）までにkna43@pastel.ocn.ne.jp宛てにメールで提出してください。

（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.　自施設全体の看護学生実習指導の体制について

2．所属部署（病棟等）の看護学生実習指導の体制について

3．受講にあたっての自己の課題

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