

令和4年度 看護実習指導者講習会フォローアップ研修会開催要項

1 目的

県内の看護職員養成施設の実習施設において実習指導者を担当している者が、看護教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるよう、必要な知識・技術を修得させることを目的とする。

2 実施機関

岩手県委託事業として、公益社団法人岩手県看護協会が実施する。

3 期間

令和4年10月31日(月)・11月1日(火) 2日間

4 会場 岩手県看護研修センター

5 受講対象

岩手県内の看護職員で、令和3年度までに看護実習指導者講習会を修了し、実習施設において看護学生の実習指導に携わっている、又は携わる予定にある者

6 受講定員

50名程度

7 研修内容

日時	研修内容及び講師	申込期間
10/31(月) 11/1(火) 10:00~16:00	実習指導者としての自分を育てる。 ・看護過程の展開に必要なこと ・「学生」に「臨地」で「教える」こと ・「経験からの学び」ができるための環境づくり ・実習指導者に求められていること ・実習指導上の工夫 ・リフレクション 岩手医科大学看護学部 共通基盤看護学分野 教授 菖蒲澤 幸子	8/11(木)~ 8/17(水)

8 申込方法

各病院、施設が取りまとめ、申込書にて直接下記へお申し込みください。

申込先：〒020-0117 盛岡市緑が丘二丁目4番55号

公益社団法人岩手県看護協会 教育部あて TEL 019-662-8213

9 受講決定 特に通知はいたしません

10 受講料 無料

令和4年度 実習指導者講習会フォローアップ研修 受講申込書

月 日

開催期日	10月31日(月)・11月1日(火)10:00~16:00	申込期間	8/11(木)~8/17(水)
------	-------------------------------	------	-----------------

施設名 個人会員は 自宅住所		施設No.	
担当者	[職位] [氏名] [電話番号] [メールアドレス]		

優先 順位	岩手県看護協会 (○印)			氏名	職 種 (○印)	看護師の 経験年数	実習指導の経験の 有・無(○印)	実習指導者講習会の 受講年度	
	会員番号	手続中	非会員					平成	令和 年度
1					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	令和 年度
2					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	令和 年度
3					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	令和 年度
4					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	令和 年度
5					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	令和 年度

注：①定員を越えた場合は参加者の調整をする場合があります。申込者が2名以上の場合は優先順に記入してください。

②締切日を過ぎた場合はお問い合わせください。

※個人情報の取り扱いについて

申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。