

平成29年度 看護実習指導者講習会 フォローアップ研修 受講申込書

《FAX：045-366-5803》

講習会修了年度等	※いずれかに○を記入 ① 病院等 ・ 特定分野 ②平成27年度 ・ 平成28年度	受講番号：
ふりがな		
氏名		
自宅住所	〒	
連絡先 ※日中連絡が取れる電話番号を 記入してください。	※いずれかに○を記入 個人 ・ 所属	
	電話番号：	
	e-mail：	
所属	名称：	
実務経験年数	年	
実習指導経験年数	年	

※実践教育センターでは、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター個人情報取り扱い方針に基づき、収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。

●「実習指導における悩みや課題について」

次の3つのどれに当てはまるのか、一つに○を付けてください。

	ア 学生に関する内容
	イ 教員との調整に関する内容
	ウ スタッフとの調整に関する内容

※グループディスカッションをしますので、上記○を付けた項目について、事例を簡単に整理し、悩みや課題に対して自己の取り組みについて記載したものを準備。

申込み・問合せ

〒241-0815 横浜市旭区中尾 1-5-1

神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 実践教育部 担当 宮島、久保田

電話 045 (366) 5871