

平成 30 年度
福井県保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要領

- 1 目的 看護師等養成所の臨地実習施設における指導者が、看護教育における実習の意義ならびに実習指導者としての役割を理解し、実習指導に必要な知識・技術を習得することにより、効果的かつ充実した指導が出来ることを目的とする。
- 2 主催 福井県
- 3 期間 平成 30 年 5 月 31 日(木)～8 月 31 日(金)
- 4 会場 福井県看護協会
〒 918-8206 福井市北四ツ居町 601
TEL 0776-54-7103
TEL 0776-43-9311 (看護教育課直通)
FAX 0776-54-8474
E-mail info@kango-fukui.com
- 5 定員 50 名
- 6 受講資格 次の要件を満たす者
 - 1)保健師・助産師・看護師の実習施設に勤務する看護師等
 - 2)学生実習指導者としての職にある者、または将来実習指導者となり得る能力のある者
 - 3)原則として看護師等の経験 5 年以上の者
 - 4)講習会期間中は、講習に専念出来る者*資料作成のための基本的なパソコン操作ができることが望ましい
- 7 講習科目及び時間数
別紙のとおり
- 8 受講申込 提出書類を福井県看護協会まで郵送
 - 1) 受講申込書 (様式 1)
 - 2) 受講動機調書および実習指導案作成グループ希望調書 (様式 2)
 - 3) レポート
テーマ「看護に対する私の考え」
(A4 版 800 字程度、テーマ・病院名・氏名を入れて 横書き 1 枚)申込締切 4 月 27 日(金)必着
- 9 受講決定及び受講決定通知
受講申し込み書類を提出した者の中から、適当と認められる者を県と看護協会が協議し、決定通知を送付する。
- 10 修了証書 講習会の全日程を修了した者には修了証書を交付する。