

2019年度 岩手県看護実習指導者講習会フォローアップ研修 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 実施主体／実施期間

岩手県／公益社団法人岩手県看護協会

3 期 間

11月16日（土）・17日（日）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、平成30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 資料1の通りとする

8 申込方法

各病院、施設が取りまとめ申込書(様式3)にて、直接、岩手県看護協会へ申し込む

申込期間：9月1日（日）～7日（土）

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（ただし、参考図書購入にかかる経費については受講者の負担とする）

11 必携図書について（事前に各自で準備、研修会当日にご持参ください）

(1)「看護教育を拓く授業リフレクション」 目黒 悟著 メヂカルフレンド社

(2)「看護の学びを支える授業デザインワークブック」 目黒 悟著 メヂカルフレンド社

12 参考図書（講義・演習の際、理解が深まると思います）

(1)「教えることの基本になるもの」 目黒 悟著 メヂカルフレンド社

(2)「看護教育を創る授業デザイン」 目黒 悟著 メヂカルフレンド社

13 その他 研修当日に各自ご持参するもの

・のり（固形スティックのり or 液状のり）

・蛍光ペン（4～5色用意）

・自分が担当する臨地実習の「実習要項」

連 絡 先

公益社団法人 岩手県看護協会

教育部 吉 田 敬 子

TEL 019-662-8213

E-mail : k-yoshida@iwate-kango.or.jp

2019 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	11月16日(土)～11月17日(日)	申込期間	9月1日(日)～7日(土)
------	---------------------	------	---------------

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						
1					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	年度
2					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	年度
3					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	年度
4					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	年度
5					保・助・看	年	有 (年)・無	平成	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。