

令和3年度高知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

看護教育における実習の意義並びに実習指導者としての役割りを理解し、効果的な実習指導ができるよう、必要な知識、技術を習得させることを目的とする

2. 実施方法

- 1) 主催：高知県（受託事業）
- 2) 日時：令和3年8月17日（火）～11月12日（金）32日間
9時30分～16時30分
原則として月曜日～金曜日 1ヶ月のうちの2週間（隔週）
（講師の都合で変更する場合は事前に連絡する）
- 3) 場所：高知県看護協会会館 2階研修室
- 4) 対象者：保健師、助産師、看護師
- 5) 募集人員：50名
- 6) 受講料：無料

3. 応募方法

- 1) 受講対象者：高知県看護協会の会員であるか否かは問わない
 - (1) 看護師等養成所の実習指導施設で実習指導者の任にある者
 - (2) 将来、(1)の実習施設の実習指導者となる予定にある者
 - (3) (1)の養成所で実習指導の任にある者
 - (4) (1)～(3)以外で、その他の施設における希望者
 - (5) 上記のいずれかに該当し、保健師、助産師、看護師のいずれかで、原則として5年以上業務に従事した者
- 2) 申し込み方法：(1)～(3)の書類を、看護協会ホームページよりダウンロードして、必要事項をもれなく記入し、応募期間内（必着）に郵送する
 - (1) 令和3年度保健師助産師看護師実習指導者講習会受講申込書（1号様式）
 - (2) 所属長の推薦書（2号様式）
 - (3) グループ討議について（3号様式）
- 3) 応募期間：~~令和3年6月1日(火)～6月10日(木)~~
令和3年5月10日(月)～5月21日(金)

4. 受講者決定通知は、各施設の看護責任者に文書で通知する

5. 運営等

- 1) 主として担当者が運営を行う
- 2) 研修プログラムを作成する
- 3) 受講者の出席状況に加え、各科目の評価を行い、必要単位数を取得（受講開始後三年以内に限る）した者に対して終了を認める
- 4) 講習会修了者には、終了証を交付する

6. 申し込み・問い合わせ先

〒780-8066 高知市朝倉己 825-5
公益社団法人 高知県看護協会
TEL : 088-844-0678 FAX : 088-844-0053