

## 令和5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5年8月7日（月）～11月2日（金）のうち33日間  
9時30分～16時30分  
原則として月曜日～金曜日
- 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：下記(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、必要事項をもれなく記入し、応募期間内に郵送する
  - (1) 令和5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5年5月8日（月）～5月19日（金）

### 4. 運営等

- 1) 受講者決定通知は、各施設の看護責任者に文書で通知（概ね1か月後）する
- 2) 研修日程については別紙参照
- 3) 受講者の出席状況および必要単位数を取得した者に対して修了を認める  
（不足単位は受講開始後3年以内に取得すれば修了を認める）
- 4) 修了者には、高知県知事名により修了証を交付する

### 5. 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