実習担当者　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　書式E

訪問看護関連研修会　施設実習　事前提出書

※実習施設毎に1枚ずつ作成してください

※実習施設宛に郵送してください（実習日の前月1日まで）

|  |  |
| --- | --- |
| 実習施設 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 研修区分 | □訪問看護従事者研修会（新任者編）□訪問看護従事者研修会（管理編）□在宅看護（入退院支援）研修会 |
| 実習者氏名 |  |
| 実習者勤務施設　 | ＊勤務されていない場合は、「勤務無し」とご記入ください。＊病院の場合は、診療科も病棟や外来の別、診療科もご記入ください。名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　 |
| 実習者緊急時連絡先 | 実習者携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習者に事故等あった場合の連絡先　氏名　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　 |
| 実習日 |  |
| 実習目的・学びたいこと※具体的に記入※希望に添えないことがあります |  |
| その他 | ＊アレルギー等、実習にあたり実習施設に配慮頂きたいことがある場合に記入 |