訪問看護従事者研修会（管理編）　施設実習決定通知　　　　　　　　　　　　　　書式E

令和7年　　月　　日

施設実習について、実習施設および日程を下記の通り調整いたしました。

確認後、必要事項を記載しご回答ください。

ガイダンスでお示ししたように、実習受け入れがとても厳しい中でご協力いただいています。

できる限り、下記の内容で実習していただきたいのですが、止むを得ず変更を希望する場合は、お申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者番号・氏名 | 受講者番号　　　　　氏名 |
| 所属 |  |
| 実習施設※住所は各自再確認してください | □地域包括支援センター□病院の地域連携部門 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 日程 |  |
| 訪問看護ステーション | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 日程 |  |
| お届けする書類 | 1. 令和7年度訪問看護従事者研修会（管理編）　施設実習　実施要項
2. 令和7年度訪問看護従事者研修会（管理編）　施設実習　説明書
3. 個人情報保護に関する誓約書
 |
| **確認****※どちらかに☑** | □提示された内容（施設・日程）でよい□変更を希望する |
| 変更を希望する場合 | □施設の変更を希望する・施設名称；・理　　由；□日程の変更を希望する　・避けてほしい日程□その他 |

【回答締切】本通知が届いてから**1週間以内**

【回答方法】①メール；houmon@niigata-kango.com

　　　　　　　　②郵　送；〒951-8133　新潟市中央区川岸町2-11　※郵送料はご負担ください

【問い合わせ先】公益社団法人新潟県看護協会訪問看護推進課

担当；今出　小野　安達　　TEL；025-265-4188