年度認定看護管理者教育課程セカンドレベル研修　他施設実習計画書

|  |
| --- |
| 実習先施設名：  代表者（管理者）氏名： |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　 　職種： 看 ・ 助 ・ 保  勤務施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：  勤務部署(病棟・診療科)： |
| 勤務施設住所：　〒　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 実習期間：　　　　年　　月　　日(　　)　～　　月　　日(　　)　　（3日間） |
| 実習目的：    実習目標：  実習内容：  　　目標を達成するために何を知りたいか（何の情報を得たいか）どのような場面に同席  　　させてほしいかなどを具体的に記述する。 |
| 実習に際しての自己課題 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （公社）茨城県看護協会