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。 |
| 自部署の現状から問題を抽出し、自己課題を記述する |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （公社）茨城県看護協会