実習ご担当者　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　書式　F

在宅看護（入退院支援）　研修会　施設実習　事前提出書

※実習施設が2カ所の場合、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日までに必着**）

|  |  |
| --- | --- |
| 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  所属施設 | ※勤務されていない場合は右にチェックしてください　□勤務無し  ※病院の場合は、病棟や外来の別、診療科等の部署も記入してください  名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 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　　電話  　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 |
| 実習日 |  |
| 実習目的  学びたいこと  ※具宅的に記入  ※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ご配慮いただきたいことがある場合に記入 |