様式１-１

令和７年度福岡県看護実習指導者講習会　受講者推薦書

年　　月　　日

　福岡県保健医療介護部医療指導課

医師・看護職員確保対策室長 殿

 推薦者：所在地　〒　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

 施設名

 施設長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印または署名）

標記講習会の受講者として下記のとおり推薦します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種(保助看) | 職位 | 推薦順位 |  | 推薦理由 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　注）看護師長、副看護師長等の場合、ﾍﾞｯﾄﾞｻｲﾄﾞでのｹｱの有無及び実習への関わり方を記入すること。

◇看護師等学校養成所の実習受け入れ状況（受入予定の場合は括弧書きしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課　　程 | 校数 | 学校・養成所名 |
| 保 健 師 |  | (公衆衛生看護学（保健師）実習として受け入れている場合) |
| 助 産 師 |  | (大学院、大学専攻科・別科、専門学校を含む) |
| 看護師 | 大学 |  |  |
| 養成所３年課程 |  |  |
| 養成所２年課程 |  |  |
| ５年一貫校（高等学校） |  |  |
| 准 看 護 師 |  |  |

◇施設の状況、実習指導者（既受講者）数等

　施設全体の看護職員数(准看護師を除く常勤換算)：　　　　　名、

病棟数：　　　　病棟（うち実習受入可能病棟数：　　　　病棟）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講習会名 | 病院全体の受講者数 | 被推薦者所属病棟内の受講者数 |
| 福岡県看護実習指導者講習会 |  |  |
| 福岡県特定分野看護実習指導者講習会 |  |  |
| 上記以外の看護実習指導者講習会（主催：　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| その他（ 　　 　） |  |  |

担当者名　　　　　　　　 　　（電話：　　　　　　　　　　）