様式１－２

令和７年度福岡県特定分野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 |  | ① 推薦理由  ② 主に担う実習の専門領域（公衆衛生看護学、助産学、老年看護学、小児看護学、母性看護学、地域・在宅看護論　のいずれか） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

◇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  （高等学校） |  |  |
| 准 看 護 師 | |  |  |

◇施設の状況、実習指導者（既受講者）数等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員数 | | |
|  | | 実習指導者講習会既受講者数（再掲） |
| 保健師 |  |  |
| 助産師 |  |  |
| 看護師 |  |  |

担当者名　　　　　　　　 　　（電話：　　　　　　　　　　）