看護学生の臨地実習に関するアドバイザー派遣申込書

学校養成所用

ＦＡＸ：０８３－９３３－２８２９

山口県健康福祉部医療政策課看護指導班行

（１）記入者欄

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 連絡担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

　（２）相談内容

|  |  |
| --- | --- |
| 実習病院 | 箇所 |
| 具体的な相談内容  実習病院、学生対応、所属内の体制整備に関すること等が分かるように具体的にご記入ください。 |  |
| 派遣を希望する時期 | 平成　　年　　月頃 |
| 参加する職員(役割、人数等) |  |