看護学生の臨地実習に関するアドバイザー派遣申込書

医療機関用

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習受入の状況 | 受入養成所名 |  |
| 実習科目 |  |
| 実習受入れ開始時期 |  |
| （１実習あたりの）  指導者数及び指導体制の状況 |  |
| 相談内容 | 具体的な相談内容  ・申し込まれた経緯  ・相談内容  ・改善したい状況  　　　　　　　　等 |  |
| 日程等 | 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) |  |