|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和　年度　実績報告書** | | | | 【岐阜県看護協会宛】 | | |  |  | |  |  |  | 様式５ | |
| 所属施設名： | |  | | | 【担当者氏名】 | | | | 【電話番号】 | | 【メールアドレス】 | | |  |
|  | | | |  | |  |  |  | |
| 貴施設の専門看護師・認定看護師を研修講師等として地域に派遣した実績をお聞かせください。 | | | | | | | | | | | |  |  | |
| 【報告対象期間】毎年４月～翌２月末 | | | | | | | | |  | |  |  |  | |
| 【回答期日】　毎年３月末 | | | | |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| ※派遣先の施設・団体等については、幅広くご回答ください。 　　　　（例）病院、診療所、訪問看護ステーション、介護福祉施設など | | | | | | | | | | | | | | |
| **No** | **派遣日** | **派遣した 専門・認定分野** | **講師氏名** | | **受講施設 (派遣先)** | **派遣した人数** | | **派遣先からの 費用徴収の有無** | | **研修・演習等の内容と**  **最終評価** | | **研修・演習 参加者数(概数)** | **備考** | |
| 例 | 令和〇年7月9日 | （認定）皮膚・排泄ケア | 看護花子 | | ○○訪問看護ステーション | 1 | | 無 | | その状態に応じた外用薬・創傷被覆材の選択について講義し、施設から提示してもらった事例について検討した。 | | 5 |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |