**専門・認定看護師用**様式６

**専門・認定看護師等　登録・活用システム**

**実施報告書**

報告日　　令和　　年　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 専門・認定分野名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 派遣先施設名 |  |

**実施日時・受講者数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 実施日時 | 受講者数 |
| １回目 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 | （　　　　）名 |
| ２回目 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 | （　　　　）名 |
| ３回目 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 | （　　　　）名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施内容の概要・研修プログラム・指導内容　等　 | 実施方法：講義・演習・事例検討会・その他（　　　　　　　　）テーマ：内容：  |
| 参加者の反応 |   |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　16

|  |  |
| --- | --- |
| 講師の感想・苦慮・配慮したこと等 |  |

**事業の評価について**

**以下の問いについて、該当する番号に○印をつけてください。**

**１．講師としての役割は果たせたと思いますか。**

　　　**１　　果たせた　　　　２　　果たせなかった**

　【理由】

**２．今後、専門・認定看護師として、自己活動に活かしていけることはありますか。**

　　　　**１　　ある　　　　　　２　　ない**

　【理由】

**３．その他、今後へのご提案等がありましたらご記入ください。**

**派遣終了後14日以内**にメールにて看護協会へ提出願います。

【提出先】　E-mail kensyu@gifu-kango.or.jp　　件名【派遣事業　ご氏名】



**お問い合わせ先**

**公益社団法人　岐阜県看護協会**

**担当：看護教育課**

**ＴＥＬ 　 058-277-1009**

**ＦＡＸ 　058-275-5300**

**E-mail****kensyu@gifu-kango.or.jp**

 **〒500-8384　岐阜市薮田南5-14-53**

**岐阜県県民ふれあい会館　第１棟５階**