様式１

推　　薦　　書

西暦　　 年　　月　　日

大阪府知事　　様

施設名

施設長

ふりがな

氏　　名

推薦理由

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載責任者

施設内推薦順位　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　）**位**／（　　）**名中**

施　設　調　書

(開催年度)大阪府内の実習受け入れ施設数

開催翌年度以降の受け入れについては、備考欄に課程の番号と受け入れ施設数と受け入れ開始年度を記載する。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　程 | ①  看護  大学 | ②  看護短期大学 | ③  保健師  課程 | ④  助産師  課程 | ⑤  統合  ｶﾘｷｭﾗﾑ | ⑥  看護師  ３年課程 | ⑦  看護師  ２年課程 | ⑧  准看護師課程 | ⑨  高校  ５年一貫 |
| 学校数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 | （例）⑥２施設　2025年 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. 施設の看護単位数 |  | b. 学生を受け入れている看護単位数 |  |
| c. 実習指導者講習会修了者の必要数  ※学生を受け入れている病棟に**２名ずつの**指導者を配置した場合の数　(b×2) | | | 名 |
| d. 国･都道府県（委託を含む）等が実施した  **実習指導者講習会修了者数(　　　)　＋　教員養成講習会修了者数(　　　)** | | | 名 |
| e. dから管理者(看護部長・副看護部長・看護師長)を除いた数 | | | 名 |