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〈開催翌年度以降は備考欄に課程名と実習受け入れ施設数を記載する〉

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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(大阪府の委託を受けて大阪府看護協会が実施)等の８週間以上の**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 |

施設の連絡先

住所

電話番号

電子メールアドレス

（※）施設の連絡先は、実習指導者講習会に係るご案内や連絡調整に使用します。

電子メールアドレスについては、ご担当者様が変更になられた場合でも届く電子メールアドレスを

記載いただきますようお願いします。

【提出方法】

「様式１ 推薦書」のみ、紙面での提出に加えて、下記の公益社団法人大阪府看護協会の電子メールアドレスへデータの送付をお願いします。

【連絡先】公益社団法人大阪府看護協会：jissyu@osaka-kangokyokai.or.jp