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. 施設における実習指導者講習会修了者数  ※「実習指導者講習会」とは、厚生労働省若しくは都道府県（委託を含む）が実施している実習指導者講習会又はこれに準ずるものをいう。 | 名 |
| b. 施設における実習指導者講習会（特定分野）修了者数 | 名 |