

令和6年度
沖縄県特定分野における
保健師助産師看護師実習指導者講習会

募集要項

主催 沖縄県

受託 公益社団法人 沖縄県看護協会

令和6年度沖縄県特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会 募集要項

1. 目的

病院以外の実習施設の実習指導者にある者が、看護基礎教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるよう必要な知識・技術を修得する。

2. 主催

沖縄県

3. 開催期間

令和7年1月14日（火）～令和7年1月24日（金）

4. 開催場所

名称：公益社団法人沖縄県看護協会 沖縄県看護研修センター
住所：〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川 272 番地 17

5. 受講対象者

次の1)又は2)及び3)の条件を備えている者とする。

- 1) 看護師等養成所及び大学における特定分野の実習を行う病院以外の実習施設（下記*印）で実習指導の任にある者、若しくは将来実習指導者となる予定のある者
*老年看護学実習、母性看護学実習、小児看護学実習、地域・在宅看護論実習を行う施設①訪問看護ステーション ②介護老人保健施設 ③助産所 ④診療所等
- 2) 1)の養成所で実習指導の任にある者
- 3) 保健師、助産師、看護師の業務経験3年以上を有する者

6. 受講定員

30名

7. 講習科目

教育原理、教育心理、教育方法、実習指導の実際Ⅰ（講義）、
実習指導の実際Ⅱ（演習）

8. 経費

- 1) 受講料として次の額を納入する。なお、理由の如何に関わらず納入した経費は返還しない。
受講料 1万円（消費税を含む）
- 2) 1)のほか、講習会のために要する費用（交通費・図書費等）は別途受講者負担となる。

9. 応募手続

- 1) 募集期間：令和6年11月1日（金）～令和6年11月15日（金）

2) 応募方法：研修管理システム「manaable」で様式 1-1、1-2、2 をダウンロードの上、アップロードしてお申し込み下さい。

* 選考可否を所属先及び個人に通知いたしますので、必ず願書の所属先メールアドレスの記入、「manaable」での個人登録をお願いします。
登録していない場合は、決定通知は届きません。

【必要書類】

- ① 令和 6 年度沖縄県特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会受講願書（様式 1-1・様式 1-2）
- ② 推薦書（様式 2）

10. 選考方法

提出書類を審査して選考する。

11. 受講決定

受講の可否は、申込締切日の約 10 日後に決定し、「manaable」上で通知を行います。受講の可否は各自で「manaable」にログインし、申込履歴よりご確認ください。受講料は、受講決定の確認後に下記の方法で納入下さい。

* 納入期限：令和6年 12月6日（金）までに指定銀行へ振り込んでください。

振込手数料は、各自でご負担して下さい。

* 振込先：琉球銀行南風原支店（普通）No 381122

公益社団法人 沖縄県看護協会 代表理事

* 受取人住所：沖縄県島尻郡南風原町字新川 272 番地 17 Tel 098-888-3155

12. その他

- 1) 講習会の詳細については、受講決定後に通知します。
講習期間中は原則、月曜日から金曜日に講義を入れる予定ですが、状況によっては、土・日曜日、祝日に講義が入る場合もあります。
- 2) 原則として、各自でノートパソコンを準備してください。また、本人のメールアドレスを持ち、ワード、エクセルなどの基本操作については習得しておいてください。
- 3) オンライン研修受講にあたって、Zoom アプリが使用できるパソコン（マイクとカメラ内蔵または接続が可能なもの）を用意し、インターネット回線や長時間安定して視聴可能な通信環境を整えてください。

【問合せ先】

公益社団法人沖縄県看護協会 教育課

〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川 272 番地 17

TEL 098-888-3105（教育課直通）（担当：宮城、池原）

FAX 098-888-3126

令和 6 年度沖縄県特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会受講願書

| | | | | |
|-------------|------------|---|-----|-----------|
| フリガナ | | 沖縄県看護協会 <input type="checkbox"/> 会員 (NO) | | |
| 氏 名 | | <input type="checkbox"/> 非会員 (会員・非会員問わず申込み可です。) | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成 年 月 日生 (才) | | |
| 現住所 | | 〒 (☎ - -) | | |
| 勤務施設 | フリガナ | | | |
| | 名 称 | | | |
| | 所在地 | 〒 (☎ - -) (施設メールアドレス:) | | |
| | 実習有 受入無 | 受入れ、又は受入れ予定学校名 () 領域：該当する領域に○をつける 小児 母性 老年 地域・在宅 | | |
| 現在の職位 | | 経験年数 | | |
| | | 現就業場での 在職年数 | | |
| 講習会 受講状況 | 名 称 | 主 催 | 期 間 | 受 講 場 所 |
| | | | | |
| 学 歴 | 一般学歴 | 高 校 | | 年 月卒業 |
| | | 大 学 | | 年 月卒業・見込み |
| | | そ の 他 | | 年 月卒業・見込み |
| | 専門学歴 | 保健師 | | 年 月卒業 |
| | | 看護師 | | 年 月卒業 |
| | | 助産師 | | 年 月卒業 |

注) 講習会受講状況は 3 日以上の研修について記入する。

| | | | | | | |
|---|-----|-----------|-----------|----|----|------------------|
| 免許番号 及び 取得年月日 | 保健師 | No. | (年 月 日) | | | |
| | 助産師 | No. | (年 月 日) | | | |
| | 看護師 | No. | (年 月 日) | | | |
| 職 歴 | 施設名 | 期間 | 主な業務 (領域) | | | |
| | | 年 月～ 年 月 | 成人 | 小児 | 母性 | 老年 精神 在宅 その他 () |
| | | 年 月～ 年 月 | 成人 | 小児 | 母性 | 老年 精神 在宅 その他 () |
| | | 年 月～ 年 月 | 成人 | 小児 | 母性 | 老年 精神 在宅 その他 () |
| | | 年 月～ 年 月 | 成人 | 小児 | 母性 | 老年 精神 在宅 その他 () |
| | | 年 月～ 年 月 | 成人 | 小児 | 母性 | 老年 精神 在宅 その他 () |
| * 職歴は保健師・助産師・看護師としての勤務期間を記入する。 主な業務 (領域) については該当するものを○で囲む。 該当しない場合はその他とし () に記載する。 | | | | | | |
| 実習指導の経験 | | 有 無 () 年 | 担当領域名 | | | |
| 受 講 の 動 機 | | | | | | |

上記のとおり相違ありません

令和 6 年 月 日

自署 氏 名

記入上の注意

- ・ 該当する事項は○で囲むこと。

推 薦 書

令和 年 月 日

沖縄県看護協会長 殿

所属施設住所

所属施設名

職 位

所属長名 印

(※施設長または看護部長)

次の者は、令和 年度沖縄県特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会の受講者として適当であると認め、推薦します。

1. 受講予定者氏名
2. 生 年 月 日
3. 職 位