

2020年度 看護職の再就職支援研修会 開催報告書

(別紙様式 1)

報告日 年 月 日

病院名 _____

記載者名 _____

該当する問いに記載もしくは○で回答してください

1 実施日	年 月 日 ~ 年 月 日 _____日間	
2 参加人数	病院コース参加者数 _____名 延べ人数 _____名	助産師コース参加者数 _____名 延べ人数 _____名
3 託児について	a.院内の併設保育所を利用した b.院内外部委託の保育所を利用した c.院外保育所(一時保育等)を利用した d.利用しなかった	a.b.に○の場合 託児数 _____人 延べ数 _____人
4 報告事項		
1) 企画・運営について (再掲可)		
<ul style="list-style-type: none"> ・研修の運営担当者の人数 _____名、講師の人数 _____名 ・準備の段階で困ったことはありましたか? あった なかった ・「あった」と回答した方は、どのようなことですか? 		
<ul style="list-style-type: none"> ・研修を実施するにあたり、新たに購入したものはありましたか? あった なかった ・「あった」と回答した方は、何を購入しましたか?費用はどうされましたか? 		
<ul style="list-style-type: none"> ・長野県看護協会をサポートしてほしいことはありましたか? あった なかった ・「あった」と回答された方は、どのようなことですか? 		
2) 研修会全体の感想 (工夫したこと、大変だったこと、今後に向けての要望 等)		
3) 広報について		
<ul style="list-style-type: none"> ・広報活動をしましたか? した しない ・「した」と回答された方は、どのような方法で行いましたか? ポスター 病院のホームページ その他 (_____) 		
4) その他 お気づきのことがありましたらお書きください。		

記入後は ※ 開催プログラムを添付・開催報告書 (別紙 1)・受講者名簿 (別紙 2)・受講者アンケート (別紙 3)と口座振り込み用紙 (別紙 4)を長野県看護協会 ナースセンター部へご報告の提出をお願いいたします。

2020年度

受講者名簿

開始日： 月 日 開催病院：(

) (別紙様式 2)

氏名	出席日 数(日)	年齢	※1所有免 許	自宅〒	住所	連絡先電話	種業者	種業者の 開催年 数	有償 開催年 数	託児人 数(人)	7才児 児の名前	児の 年齢	託児日 数(日)	7才児 児の名前	児の 年齢	託児日 数(日)
協会 花子	4	35	保・看	123-4567	松本市旭1-2-3	0263-12-3456	○	2005	8	2	太郎	3歳 0か月	4	二郎	1歳 11か月	4
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

※1 取得免許は、保健師：保、助産師：助、看護師：看、准看護師：准 と記入

研修開始日： 年 月 日
 開催病院名 _____

今後の研修会の参考とさせていただきますので、ご協力ください。

あてはまるものに○または、該当欄に記入してください。

1.この研修会をどこで知りましたか。(複数回答可)

- a.長野県ナースセンター b.長野県看護協会ホームページ c. ハローワーク
- d.雑誌・新聞広告(雑誌・新聞名： _____)
- e.開催病院のポスター・ちらし・ホームページ
- f.その他(具体的に： _____)

2.この研修会の内容と、今後活用できそうかお聞きします。該当する箇所に○をつけてください。

	①内容について				②活用できそうか			
	とても よかった	よかった	あまりよく なかった	よくなかつ た	大いに できる	できる	あまり できない	できない
最近の医療・看護の動向								
看護倫理								
医療安全								
感染対策								
看護技術演習								
見学実習								

3.今回の研修でよかった内容を3つずつ記してください。

よかった講義			
よかった実技演習			

4.復職にあたり不安なことはどのようなことですか。

(_____)

5.研修会全体を通しての感想・意見・要望等を記入ください。

(_____)

ご協力ありがとうございました。

公益社団法人 長野県協会
 ナースセンター部 伊藤 由上 米村

<受講生出席名簿・開催報告書とともにご返送ください>

(別紙様式 4)

年 月 日

ナースセンター事務局 行

病院名 _____

担当者名 _____

2020 年度再就職支援研修会経費補助振込みについて

別紙のとおり標記研修会を開催しましたので、下記により振り込みください。

*ただし、職員・採用内定者は経費補助対象としない

振 込 口 座	銀 行 名	銀行	支店
	口 座 番 号	普通 当座	
	口 座 名 義 人	ふりがな	
	住 所	〒.	

*預金通帳を確認の上、正確に記入をお願いします。

*振込手数料節減のため、なるべく八十二銀行をご利用下さい。

*<個人情報に関する取り扱い>

公益社団法人長野県看護協会は、債務の支払いに際して提供頂く個人情報に関して、個人情報保護
関係法令及び規範を遵守し、適切に管理し、利用します。