― **青森県看護協会認定看護師派遣事業実施報告書（施設用）**―

報告日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 担当者名 |  |
| 実施日時 | 年　　月　　日（　　　曜日）（　　　時　　　分～　　　時　　　分）　　　　　　　　　 |
| 受講者の内訳 | **合計（　　　　　　人）**□看護職（　　　　　　人）　□介護職員（　　　　　人）　□その他［職種：　　　　　　　　　　　　 ］（　 　　　人） |

**＊事業の評価についておうかがいします。**

１ 受講内容の概要について

２ ねらいは達成することができましたか。

　1.できた　　　2.まあまあできた　　3.あまりできなかった　 4.できなかった

　【その理由】

３ 研修内容は、施設の現状に適した内容でしたか。

　1.適していた　 2.ほぼ適していた 　3.あまり適していなかった　4.全く適していなかった

　【その理由】

４ 研修を受けた後、施設内で改善できたことや残っている課題をご記入ください。

５ 今後、どのような分野の認定看護師の派遣を期待しますか。（複数回答可）

**１　感染管理　　２　皮膚・排泄ケア　　３　認知症看護　　４　糖尿病　　５　緩和ケア**

**６　摂食・嚥下障害　　７　その他（　　　　　　　　）**

６ 事業についてのご意見等をご記入ください。

**◆この報告書は事業終了後、なるべく速やかに提出して下さい。**

ＮＯ．