平成30年度　済生会横浜市東部病院実習指導者養成講習会

　この実習指導者養成講習会は、厚生労働省「都道府県保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要綱」に基づき実施する講習会として認定を受けており、修了証が交付されます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 募集人員 | 40名 | 開講　　期間 | 平成30年6月4日（月）～11月13日（火）＊詳細は同封の時間割を参照してください。 |
| 応募資格 | 次の①及び②の要件を満たす者1. 神奈川県内の病院等に勤務し、施設長の推薦がある者
2. 保健師、助産師、看護師の資格取得後５年以上の実務経験を有し、現在病院等で実習指導を担当している者、又は今後担当する予定の者（実務経験年数は平成30年4月30日現在とする）
 |
| 応募期間 | 平成30年4月2日（月）～4月13日（金）消印有効 |
| 応募方法 | 1. 受講申込書（様式１）②推薦書（様式２）③小論文（様式３）を郵送にて応募する。応募書類は、済生会横浜市東部病院ホームページよりダウンロードするかもしくは、済生会横浜市東部病院看護部まで送付請求をしてください。

【小論文について】次の課題について、自らの経験をふまえて、1200字程度で論述してください。課題：「実習指導者養成講習会で学びたいこと」 |
| 選考方法 | 受講申込書、推薦書、小論文を総合して選考致します。　　　　　　　　　　　　 | 受講料 | 宿泊研修費等　20,000円配布資料代　5,000円 |
| 受講決定 | 平成30年5月７日（月）頃に各施設長に通知します |

|  |
| --- |
| 　応募の際は、応募用紙に必要事項を記入の上、下記宛先まで郵送にてお申し込みください。封筒表面に「実習指導者応募」と明記し、長形３号の返信用封筒（82円切手を貼付し、返信先を記入）を同封してください。　なお、受講決定通知は施設長宛となりますので、受講決定通知用の返信用封筒の返信先は施設長宛か看護部長宛か、所属の施設にご確認のうえ、ご記入ください。　詳しい内容やご不明な点につきましては、ホームページをご覧になるか、電話でお問合わせください。　済生会横浜市東部病院　看護部　〒230-0012　横浜市鶴見区下末吉３－６－１ 電話　045(576)3000　　　FAX045(576)3525ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ<http://www.tobu.saiseikai.or.jp>　 お問合わせkango@tobu.saiseikai.or.jp |