

山形県訪問看護総合支援センター事業 「専門看護師・認定看護師等派遣研修事業」
実施報告書（専門・認定看護師用）

開催日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
研修テーマ	
派遣先	
所属施設/講師名	
専門・認定分野	
研修の形式	☐ 講義・講演 ☐ グループワーク ☐ ロールプレイ ☐ 実技指導・体験 ☐ 事例検討 ☐ その他 ()
派遣研修全般について	①施設担当者と連絡は円滑に行えましたか。 ☐できた ☐まあまあ ☐できなかった その理由 () ②事前打ち合わせで研修目的の共有はできましたか。 ☐できた ☐まあまあ ☐できなかった その理由 () ③事前打ち合わせで研修内容の共有はできましたか。 ☐できた ☐まあまあ ☐できなかった その理由 () ④講義資料・機材の準備に問題はありませんでしたか。 ☐なかった ☐一部あった ☐あった その理由 () ⑤受講者のレディネスはいかがでしたか。 ☐整っていた ☐整っていなかった ☐ばらつきがあった その理由 () ⑥研修環境はいかがでしたか。 ☐適切だった ☐まあまあ ☐不適切だった その理由 () ⑦受講者の反応はいかがでしたか。 ☐よかった ☐まあまあ ☐よくなかった その理由 () ⑧今後の派遣研修の協力についてお聞きます。 ☐協力してもよい ☐検討する ☐協力できない その理由 ()
事業の評価	①専門・認定看護師として、自己活動に活かしていけることはありますか。 ☐ある ☐なし その理由 () ②専門・認定看護師派遣研修事業の効果として、該当するものに☑をしてください（複数回答可） ☐施設に合った研修ができる ☐多くの職員が参加できる ☐施設の多職種と同じ学びができる ☐職員のモチベーションアップになる ☐その他 () ☐施設の具体的な事例を学ぶことができる ☐施設の看護職が同じ学びができる ☐業務改善につながる ☐施設との連携が深まる
ご意見 ご感想	

【訪様式2】

＊研修終了！カ月以内にメールで提出してください。