

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（施設用）

開催日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
施設名/担当者	
研修テーマ	
講師名	
専門・認定分野	
受講者数	
事業の評価	①専門・認定看護師派遣研修で自施設で得られたもの（成果）をお聞かせください。 その理由 () ⑥自施設の課題解決に向けて、研修会で得た知識・技術を実践することができましたか。 ☐ 実践できた ☐ 難しかった ③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☑を付けてください。 ☐ 自施設に合った研修ができる ☐ 自施設の具体的な事例を学ぶことができる ☐ 多くの職員が参加できる ☐ 自施設の看護職が同じ学びができる ☐ 業務改善につながる ☐ 自施設の多職種と同じ学びができる ☐ 病院との連携が深まる ☐ 職員のモチベーションアップになる ☐ その他 ()
今後の課題	
派遣研修全般について	①担当者と講師の連絡は円滑に行えましたか。 ☐ できた ☐ できなかった その理由 () ②事前に研修目的内容について講師と十分に共有できましたか ☐ できた ☐ できなかった その理由 () ③資料・機材の準備は問題なくできましたか。 ☐ できた ☐ できなかった その理由 () ④資料はわかりやすかったですか。 ☐ わかりやすい ☐ わかりにくい その理由 () ⑤内容は理解できましたか。 ☐ 理解できた ☐ 難しかった その理由 () ⑥自施設での課題は解決できましたか。 ☐ できた ☐ できなかった その理由 () ⑦今後も派遣研修を利用したいですか。 ☐ 利用する ☐ 利用しない その理由 ()
受講者の感想・反応	

*研修終了1カ月程度でメールにて提出してください。