【訪様式2】

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）

講師氏名	専門・認定分野	所属施設⇒派遣先　片道距離数 km
所属施設		
派遣先		参加者数　　名
開催日時	令和　年　月　日（　）　　時　分 ～　時　分	
研修テーマ		
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します。 □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、該当するものにチェックをしてください（複数回答可） □施設に合った研修ができる　□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　□施設の看護職が同じ学びができる □施設の多職種と同じ学びができる　□業務改善につながる □職員のモチベーションアップになる　□施設との連携が深まる □その他（　　）　□なし	
ご意見 ご感想 ※実施施設・支援センターの対応等自由にご記入ください		

＊研修終了1カ月以内に、研修で使用した資料とともに提出ください。

＊研修資料印刷において、講師が費用負担をしたときには本報告書裏面に領収書を添付して報告してください
講師謝金の支払いと併せて、実費をお支払いいたします。