

【訪様式5】

山形県訪問看護サービス事業者支援事業
「専門看護師・認定看護師派遣事業」実施報告書（施設用）

施設名			
担当者名			
開催日時	月	日（ ）	時 分 ～ 時 分
講師名			
講座テーマ			
参加者の概要	受講者総数	内訳	
	名	看護職員	名 介護福祉士 名
		理学療法士	名 作業療法士 名
		ケアマネージャー	名 事務職員 名
		その他	() () ()
出前研修全般について	①担当者との連絡は円滑に行えましたか。	□出来た □まあまあ □出来なかった	
	その理由（ ）		
	②事前に研修目的内容を講師と十分に共有出来ましたか。	□出来た □まあまあ □出来なかった	
	その理由（ ）		
	③資料・機材の準備は問題なく出来ましたか。	□出来た □まあまあ □出来なかった	
	その理由（ ）		
	④⑤研修内容は期待通りの内容でしたか。	□期待通り □まあまあ □期待外れだった	
	その理由（ ）		
⑥資料は分かりやすかったですか。	□分かりやすい □まあまあ □分かりにくい		
その理由（ ）			
⑦内容は理解できましたか。	□理解できた □まあまあ □難しかった		
その理由（ ）			
⑧研修で学んだことは今後看護実践で活用できますか	□出来る □まあまあ出来る □出来ない		
その理由（ ）			
⑨今後の「派遣研修」の活用についていかがですか	□また利用する □検討する □利用しない		
その理由（ ）			
受講者の感想・反応			
その他 ご意見・感想	1. この度、当事業を利用した理由をお聞かせください。		
	2. 他機関・団体による同様の講師派遣プログラムを利用したことはありますか？ あれば、主催団体や内容、利用頻度を教えてください。		
	3. 講師や看護協会の対応、実施条件など、ご意見・ご感想を自由にご記入ください。		