

◇ 推薦要件 ◇

1. 表彰対象者 (1) 神奈川県内の看護師等養成機関の学生に対する臨地実習指導に通算10年以上従事し、特に功労のあった者
で、実習指導にかかる講習・研修を受講している者

(2) その他、前号に準ずる者（実習指導者を補佐する者）

2. 被表彰者数 5名程度

3. 表彰者 神奈川県健康医療局長と神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会会長の連名

4. 推薦期限 2024年5月17日（金）

5. 推薦書式 別紙（様式1）
※推薦者欄には、当協議会にご登録いただいている会員名
をご記入いただき、ご捺印ください。
会員登録は、理事長・院長・看護部長などです。
登録者が不明な場合は事務局までお問合せください。

6. 推薦書提出先 〒231-0037
横浜市中区富士見町3-1 神奈川県病院協会内
神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会
担当：目黒
電話：045-242-7221

7. 表彰式 第33回総会 予定（日時未定）

記入上の注意

(様式1) 推薦書について

		2024年 月 日
神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会		
会長 長堀 薫 殿		
施設名		_____
職名		<u>会員登録している施設の代表者</u>
氏名		<u>理事長・病院長・看護部長など 印</u>
<p>2024年度神奈川県看護師等養成実習病院の実習指導者推薦書 次の者は、実習指導者として多年にわたり業務に従事し、功績が顕著でありますので推薦します。</p>		
記		
氏名		<u>表彰対象者として推薦する者の氏名</u>

(様式2) 功績調書について

- 推薦要件の1. 表彰対象者(1)の「実習指導にかかる講習・研修」とは、
次の①～⑧に記載のある講習会である。
- ① 厚生労働省主催実習指導者講習会
 - ② 厚生労働省認可の実習指導者講習会
 - ③ 厚生労働省看護研修研究センター
 - ④ 神奈川県実習指導者講習会(実践教育センター)
 - ⑤ 県内実習指導者講習会(昭和大学、北里大学、東海大学、横浜市立大学、
済生会横浜市東部病院、などで実施されたもの)
 - ⑥ 他都道府県主催の実習指導者講習会
 - ⑦ 看護教育大学校看護教育学科(教員養成課程)
 - ⑧ その他、①～⑦の講習、研修と同等と認められるもの
- (例：昭和50年～57年までの看護教育大学校の専門看護学科)

1. 【主要経歴】

講習・研修名称と受講年度	○ 年度 神奈川県実習指導者講習会
平成 3年4月～平成 8年 3月 ○○ 病院 看護師 (実習指導 5年)	
平成 8年4月～ 18年12月 ○○ 病院 主任看護師 (実習指導10年8ヶ月)	
令和 2年1月～ 現在 ○○ 病院 看護師長 (実習指導 3ヶ月)	
※ 西暦の記載でも結構です。	

注：現在勤務する病院だけではなく、通算で10年以上の従事歴が必要
(県内の病院のみとする)

また、上記のように実習指導にかかわった時期と、期間が詳細に分かるように記入する。(○○年○○月まで記入する。)

2. 【功績の概要】

功 績 の 概 要	<u>指導者としての姿勢、院内での指導の様子など</u> <u>推薦理由を具体的に記載してください。</u>
-----------	---

注：実習指導者として、どのようなことに尽力しているかなど、推薦する理由を具体的に記入する。

3. 功績調書の枠外の連絡先には、調書の内容について、説明をいただけるご担当者の所属先・役職名、氏名、連絡先を記入する。

(連絡先) 役職・氏名 調書内容について問合せ可能なご担当者様 電話 _____

4. 病床数、実習生の受入実人数は、神奈川県に届出をしている数字と同様の数字をご記入ください。(延べ人数ではなく、実人数の記入をお願いします)

(功績調書提出時点で実績数字が不明の場合は、昨年度実績で結構ですので、必ずご記入ください (2年以上前の実績は不可))