

令和7年度 兵庫県保健師助産師看護師実習指導者講習会実施<一般分野> 募集要項(案)

1 実施目的

看護師等養成所の実習施設で実習指導者の任にある者又は将来これらの施設の実習指導者となる予定の者、又は養成所において実習指導の任にある者に対して、看護教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるために必要な知識・技術の修得を目的とする。

2 主催

兵庫県(公益社団法人兵庫県看護協会に委託)

3 開催期間

令和7年6月2日(月)～7月25日(金)

*原則、土・日・祝日は研修を実施しないが、災害等による休講や講師の都合により、振替授業をする場合がある。

4 開催場所

兵庫県看護協会

〒650-0011 神戸市中央区下山手通5丁目6番24号

TEL (078) 341-0190

5 受講対象及び受講資格

兵庫県内の看護師等養成所の実習施設又は、今後、看護師等養成所の実習を受け入れる予定の施設において、実習指導者の任にある者、又は本講習会終了後実習指導を担当する予定の者、又は養成所において実習指導の任にある者で、次のいずれにも該当する者。

(1) 実習指導者講習会未受講者

(2) 保健師・助産師・看護師として概ね5年以上看護業務に従事した者。

(3) 講習会期間中は業務上又は健康上支障なく、(公休を含む)の勤務が課せられない処遇(公休を含む)を確保し、全日程出席可能で講習に専念できる者(施設からの推薦があり、業務として受講ができる者)。

6 受講定員

60名

7 講習科目及び単位数・時間数(別紙1参照)

8 経費の負担

(1) 受講料は30,000円とする。

(2) 宿泊費、交通費、その他受講に必要な図書費、研究費等は受講者の負担とする。

(3) 資料代として、別途徴収する。

9 提出書類

(1) 所属施設長の推薦書(様式1) 2部(1部は写し可)

(2) 実習指導者講習会受講申込書(様式2) 2部(1部は写し可)
*本人の自筆

(3) 小論文:「私の実習指導者講習会の受講動機」 2部(1部は写し可)
(自己の課題と学びたいこと)

(書式)・A4版縦、横書き、文字サイズ10.5～11ポイント

・1行文字数40字、1ページ行数40行 1,000字以上 1枚以内

・表紙は不要(1行目にテーマ、2行目に施設名、受講者名記載)

(4) 写真:カラー、正面、上半身、脱帽したもの 縦4.5cm×横3.5cm 1枚
(裏面に所属、氏名を記入のこと)

(5) 合否通知返信用封筒: 1枚
角2号(33×24cm)封筒に、簡易書留郵送用の620円分の切手を貼付する。
表に、所属住所・施設名・宛名(所属施設長または推薦責任者)・受講希望者名を記載する。

* 提出書類については兵庫県ホームページよりダウンロードして下さい。
兵庫県ホームページ>暮らし・教育>健康・福祉>医療・保健衛生>令和7年度
兵庫県保健師助産師看護師実習指導者講習会

10 提出方法及び提出先

(1) 提出期限

令和7年1月31日（金） * 必着

(2) 提出方法

提出書類は角2封筒(33×24cm)に入れ、簡易書留により郵送すること。

(3) 提出先

兵庫県保健医療部医務課医療人材確保班宛て
〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10-1
TEL (078) 341-7711 (内線3257)
FAX (078) 362-4267

11 受講者の決定

受講資格を満たし、所属長の推薦を受けた者について、提出された書類に基づき、兵庫県保健医療部医務課において選考し、兵庫県保健医療部長が決定する。

12 受講決定通知

令和7年4月上旬頃に、推薦者を通じて選考結果を通知する。

13 受講料の納入

受講決定後、受講料を納入すること。

納入方法、期限等は受講決定通知に併せて連絡する。

納入された受講料については、理由のいかんに関わらず返還しないので、留意すること。

14 連絡先

受講申込関係

兵庫県保健医療部医務課医療人材確保班
〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1
TEL (078) 341-7711 (代) (内線3257)

講習会運営関係

兵庫県看護協会 教育研修部実習指導者講習会 担当者
〒650-0011 神戸市中央区下山手通5-6-24
TEL (078) 351-2920 (直)
※お問合せは、平日の午前9時から午後5時までをお願いします。