

令和3年5月26日

旭川医科大学生涯教育講座

令和3年度 実習指導者研修のご案内

旭川医科大学 看護職キャリア支援センター
センター長 服部ユカリ
教育プログラム開発部門長 升田由美子

拝啓

平素より本学の教育・研究活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当センターでは令和元年12月に旭川市内の病院、訪問看護事業所、介護老人保健施設の看護職の方を対象に「看護職の実習指導に関わる研修企画」アンケートを実施しました。そのなかで「学生の特徴・社会人基礎力」「指導方法（動機付け、フォローの仕方、等）」「指導者に求められていること」「カリキュラム」などを希望するご意見を多数いただき、研修内容に反映させた標記研修を企画いたしました。

残念ながら昨年度は新型コロナウイルス感染の影響から、当大学病院看護職のみの研修となりましたが、今年度は市内近郊の看護職の皆様も対象に実施したいと考えています。

つきましては、臨地実習を受け入れている施設の看護職の方、ご関心のある方に是非ご参加いただきたく、貴下職員で今後実習指導者となる方やスキルアップを目指す方へ周知いただけましたら有難く存じます。

なお、「看護職の実習指導に関わる研修企画」アンケート結果概要については当センターHPにて掲載しておりますのでご参照いただければ幸いです。

敬具

1. 目的

看護学生の看護実践を指導する能力を高める

2. 日程とスケジュール

	回	日時		主な内容
基礎 コース	1	7月3日 土曜日 13時～17時	講義	看護の概念 看護学生の理解と関わり方
			学びの共有	
	2	8月7日 土曜日 13時～17時	講義	コミュニケーション カリキュラムと実習指導の位置づけ（実習目的・目標から）
			学びの共有	
	3	9月25日 土曜日 13時～17時	講義	看護基礎教育における実習指導の意義と実習指導方法、指導者と教員の役割 看護過程、評価の意義、カンファレンスの意味
			学びの共有	

3. 受講方法

Zoomによるオンライン講義

※参加申込書にご記載のメールアドレスへ参加URLや事前の配付資料を送付します。

4. 修了証

基礎コースすべての回をリアルタイムでオンライン受講された方に後日、郵送いたします。

後日配信される動画での受講は該当しません。

5. 対象

臨地実習指導を担当している、または今後予定している看護職の方

6. 受講料

5,000 円（基礎コース全 3 回 1 セットとなります）

※一旦納められた受講料は原則としてお返しできません。当日、受講できない（インターネット回線状況不良など）場合、後日動画配信による受講が可能です。

7. 申込期間

令和 3 年 6 月 4 日（金）～ 6 月 18 日（金）

8. 申込方法

- ① 申込書を以下にご送付ください（F A X 又は E-mail）

旭川医科大学総務部研究支援課社会連携係
F A X : 0 1 6 6 - 6 6 - 1 3 0 0
E - m a i l : rs-sr.g@asahikawa-med.ac.jp

- ② 受講料を以下にお振込みください※

金融機関：旭川信用金庫 緑が丘支店
預金種別：普通預金
口座番号：0 3 8 4 8 4 6
受 取 人：国立大学法人 旭川医科大学
ダイ) アサヒカワイカダイガク
住 所：旭川市緑が丘東 2 条 1 丁目 1 番 1 号

※ 振込手数料は受講される方のご負担になりますので、ご了承ください。

また、**受講料は必ず申込期間内**にお支払いください。

※ 領収書が必要な場合は、以下お問合せ先②にご連絡ください。

※ 一旦納められた受講料は、原則としてお返しできません。

9. 注意事項

本研修は、研修欠席者や受講者の復習用として録画し、後日、研修動画を配信する予定です。

つきましては、研修中の様子を録画させていただきますので、予めご了承ください。

なお、後日配信する研修動画は受講者への限定配信とします。

10. お問合せ先

- ① 研修内容等に関するお問合せ

旭川医科大学 看護職キャリア支援センター（担当：奥田、平瀬）
T E L : 0 1 6 6 - 6 5 - 2 1 1 1（代表）
E - m a i l : kango-career@asahikawa-med.ac.jp

- ② 申込手続きに関するお問合せ

旭川医科大学研究支援課社会連携係
T E L : 0 1 6 6 - 6 8 - 2 1 9 7
E - m a i l : rs-sr.g@asahikawa-med.ac.jp

旭川医科大学生涯教育講座
令和3年度 実習指導者研修
参加申込書

(ふりがな)	
参加者氏名	
施設名	
施設住所	(〒 -)
連絡先	氏 名 : T E L : F A X : E-mail : ※上記メールアドレスに Zoom の URL や事前配付資料を送付します ので、必ずご記載ください。 ※迷惑メール防止のためにメールの受信設定をしている方は必ずドメイン 指定解除を行ってください。 解除方法：ドメイン指定欄に次のドメイン「asahikawa-med.ac.jp」を貼 り付けてください。
経験年数	年
臨地実習指導の 経験有無（年数）	なし / あり (約 年)
職種	☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 助産師

* 複数名で申し込みされる場合は、本用紙をコピーしてご使用ください。

* 申込書は名簿作成を目的とし、個人情報了他に提供することはありません。

申 込 先：旭川医科大学研究支援課社会連携係
 (F A X) 0 1 6 6 - 6 6 - 1 3 0 0
 (E-mail) rs-sr.g@asahikawa-med.ac.jp
 申込期間：令和3年6月4日(金)～6月18日(金)