看護師スキルアップ研修　～シミュレータを活用した研修～　事前アンケート

【田下先生】

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　所属先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今回の研修を効果的に受講していただくためにも、シミュレーション教育の指導経験の有無などを確認いたします。グループ分けもできるだけ各グループの力量が偏らないように編成したいと考えていますので以下のアンケートに回答をお願いします。該当するものに◆をしてください。

役職	◇ 臨床実習指導者　◇ 臨床スタッフ　◇ 臨床管理者　◇ 専門学校教員 ◇ その他（　　）
配属先 専門分野	一般病棟　◇ 内科系（主に関っている患者の疾患：　　） ◇ 外科系（主に関っている患者の疾患：　　） ＊記入例：糖尿病、脳梗塞、消化器等 ◇混合 ◇ 耳鼻科・眼科など ◇ 精神科　◇ 救命・ICU（集中治療室など）　◇ 小児 ◇ その他
シミュレーション指導経験	◇ ある　　◇ ない ➔主な対象　看護師（　　）年 学　生（　　）年
シミュレーション教育で困っていること、難しいと思っているところ	
今回の研修に期待すること	

FAX 送信先　　長崎県看護キャリア支援センター　　0956-23-8212