**「スペシャリスト看護師による出張講座」報告書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | | | |
| **実施日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| **実施時間** | 午前・午後　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 | | | |
| **事業所の**  **担当者** |  | | | |
| **参加人数** | 医師　　　　　名 | 看護師　　　　名 | 准看護師　　　名 | 介護士　　　　名 |
| 介護支援専門員　　　　　　　　　名 | | その他　　　　名 | 合計　　　　　名 |
| **研修後の評価** | | | | |
| 今回の出張講座における各設問について評価しあてはまるものに印をつけてください。設問1につきましては研修を受けられた方の総合評価を、設問2～5については研修担当者の方の評価を代表して記載していただくと幸いです。  1、研修の内容は今後のケアや業務に活用できるものでしたか？  □多いに活用できる　　□活用できる　　□あまり活用できない　　□活用できない  2、本日の研修は貴施設における療養環境の質の向上につながる内容でしたか？  □多いにつながる　　□つながる　　□あまりつながらない　　□つながらない  3、本日の研修は貴施設と済生会松阪総合病院の連携を深めるきっかけになりましたか？  □多いになる　　□なる　　□あまりならない　　□ならない  4、本日の講師は研修終了後も質問・連携しやすい雰囲気でしたか？  　□はい　□いいえ  5、本日の研修はご依頼の趣旨に沿ったものでしたか？  □はい　□いいえ  ６、その他、ご意見、ご感想、上記1～5の理由など、ご自由にお書きください。  ご協力ありがとうございました。 | | | | |

「スペシャリスト看護師による出張講座」が実施されましたら、報告書（本用紙）を済生会松阪総合病院にご提出いただきますようお願い申し上げます。（1か月程度以内にご提出ください）

* **申し込み/問い合わせ先**

済生会松阪総合病院　地域包括・診療支援センター　中山

電話：　０５９８－５１－２６２６（代表）

FAX：　０５９８－５１－２６５８（直通）