

様式第 2—6—2

実習施設概要

2 助産師養成所

(2) 病院、診療所及び助産所以外の実習施設 (年 月 日現在)

施設名								
位置		電話						
開設年月日								
設置者名		代表者名					(職種)	
管理者名								
利用者数		定員 人		利用者 人/月		(延べ 人/月)		
実習科目								
養成所からの距離、学生の交通手段及び所要時間								
職員数	区分	定員	現員	非常勤	区分	定員	現員	非常勤
	保健師				その他の介護職員			
	助産師				理学療法士			
	看護師				作業療法士			
	准看護師				その他			
	医師 介護福祉士				合計			
実習指導者の略歴	氏名	専門学歴 (卒業年)			実習指導者講習会 (修了年)		実務年数	
		大学 短大 養成所						
他校学生等の受入れ状況	区分	学校養成所	学生数	1グループの学生数	実習単位数及び時間数	実習科目		
	保健師学校養成所							
	助産師学校養成所							
	看護師学校養成所	(課程名)						
	准看護師学校養成所							
	合計							
備考								

<記載要領>

- 1 実習を行うすべての施設について養成所が記載することとし、実習施設が2以上あるときは施設別に作成すること。
- 2 「施設名」欄について、診療所の場合には、診療科名まで記載すること。
- 3 「利用者数」欄については、適宜その施設の利用状況が分かるような数を記載すること。
- 4 「実習指導者の略歴」については、「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」(令和2年10月30日医政発1030第1号「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインについて」の一部改正についての別添)に定める実習指導者として必要な研修又は専任教員として必要な研修を修了した年及び研修の名称を記載すること。

- 5 併施設がある場合には、「備考」欄に記載すること。
- 6 実習指導者のその他資格（認定看護師等）、実習指導者が看護職以外の場合職種等は、「備考」欄に記載すること。