

平成 26 年 7 月 10 日

看護部門責任者 様

学校法人佐久学園 佐久大学  
学長 竹尾 恵子

平成 26 年度「臨地実習指導者研修セミナー」のご案内について

初夏の候 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、本学の看護学教育に深いご理解、ご尽力を賜り、心よりお礼を申し上げます。

さて、本セミナーは、これまで主として臨地実習指導の任にあられる看護職の皆様を対象とし、実施してまいりました。今年度は、趣向を変え、本セミナーを看護管理職の皆様へご案内し、指導者が受けている学習プログラムを体験していただき、加えて看護継続教育の充実に向けての意見交換の機会とさせていただきたいと考えております。

そこで昨年度に引き続き、本学学生の実習を受け入れていただいている施設、ならびに本学卒業生が就職している県下の施設の看護管理職の皆様へご案内を差し上げ、下記の通り開催させていただくこととなりました。今年度は、皆様のご参加を念頭に、出席され易いよう 3 日間を 2 日間へと短縮・凝縮し、ご期待に添えるよう準備を進めております。

つきましては、ご多用中恐れ入りますが、貴施設におかれましては当該の皆様にご周知していただき、ご参加いただけますよう特段のご配慮をお願い申し上げます。

記

1. 日 時 平成 26 年 8 月 22 日（金） 9:00 – 16:50（受付 8:30~）  
23 日（土） 9:00 – 16:10
2. 対象者 実習受け入れ施設および県下の卒業生就職先施設の看護管理職（主任、係長、副看護師長含む）の皆様
3. プログラム 別紙参照
4. 場 所 佐久大学 4103 教室（4 号館 1 階）
5. 受講料 3,000 円／お一人（資料代、お茶代、交流会時の弁当代含む）
6. 振込先 八十二銀行 岩村田支店 普通 No.787302  
名義：佐久大学 理事長 盛岡正博（サクダイガクリジチョウモリオカマサヒロ）
7. 申し込み先・方法・期限  
裏面の申込み用紙に、参加者名をご記入いただき FAX でご返送願います。  
**FAX 番号 0267-68-6687** **期限 8 月 11 日（月） 17 : 00**
8. 問い合わせ先（セミナー企画担当窓口）  
看護学部 八尋 道子・吉田文子  
Phone: 0267-68-6680 (代)  
E-mail: [m-yahiro@saku.ac.jp](mailto:m-yahiro@saku.ac.jp)（八尋）  
[fy200@saku.ac.jp](mailto:fy200@saku.ac.jp)（吉田）

平成 26 年度 臨地実習指導者研修セミナー 参加申込用紙

FAX **0267-68-6687** 佐久大学

施設名	
申込み代表者名	
連絡電話番号	
E-mail	
振込情報欄 (該当するものに○をつけてください)	1. 個人振込 (領収書要) 2. 個人振込 (領収書不要) 3. 施設一括振込

#	(フリガナ) 参加者お名前	職 位
1	( )	
2	( )	
3	( )	
4	( )	
5	( )	
6	( )	
7	( )	
8	( )	
9	( )	
10	( )	

(該当するものに○をつけてください)