

奈良県受託事業を予定しています

## 2019年度 看護教員継続研修 募集要項

1. 目的： 医療の高度化・国民のニーズの多様化といった変化を踏まえ、看護教員の資質・能力の向上を図り、看護基礎教育の一層の充実を図ることを目的とする。
2. 会場： 奈良県看護研修センター（〒634-0813 奈良県橿原市四条町 288-8 ）
3. 研修プログラム（1日ずつ応募可）

|   | 日時                              | テーマ              | 主な内容  | 講師（敬称略）  | 対象                  |
|---|---------------------------------|------------------|---|--|---------------------|
| 1 | 7月27日<br>（土）<br>10：00～<br>16：00 | 学生指導に活かすコーチング    | ・コーチングとは<br>・コーチングの基本<br>・学生のやる気を引き出すコーチング<br>・演習                           | ソルナ・クリエイト（株）取締役<br>大川 郁子                       | 新任期                 |
| 2 | 8月20日<br>（火）<br>10：00～<br>16：00 | 学生を育む授業設計と評価     | ・授業設計（反転授業、共同学習）<br>・教育評価（パフォーマンス評価・ルーブリック評価）<br>・看護基礎教育カリキュラム改正の動向         | 日本看護学校協議会会長<br>Office Kyo-Shien<br>代表<br>池西 静江 | 新任期<br>中堅期<br>ベテラン期 |
| 3 | 9月18日<br>（水）<br>10：00～<br>16：00 | 看護基礎教育における研究の指導法 | ・看護基礎教育で研究を教育する目的<br>・看護研究のプロセスと各プロセスにおける指導ポイント<br>・臨地実習で研究を活用した指導<br>・質疑応答 | 天理医療大学<br>医療学部<br>看護学科<br>学科長 教授<br>林 みよ子      | 中堅期                 |

4. 受講対象： 看護学校に勤務している看護教員および公開講座として実習指導者  
奈良県看護協会の会員、非会員は問いません  
新任期：経験4年まで、中堅期：経験5～10年程度、ベテラン期：経験11年以上
5. 定員： 各日30名＋公開講座20名
6. 申込方法： 1日ずつの応募受講可です。申込書に必要事項を記入しファックスで、  
6月3日（月）～6月17日（月）13時までに、お申し込みください。
7. 参加費： 1日 1,080円（税込） / （予定） \*会員・非会員・公開講座とも同じ金額です。
8. 受講可否通知： 申込責任者宛てに、ファックスで返信いたします。  
6月26日（水）までに受講可否の通知がない場合は連絡をお願いします。
9. 受講料払込み： 「受講可」の確認ができましたら、7月10日（水）までに払込みをお願いします。

|     |   |
|-----|---|
| 振込先 | 郵便局 口座番号 01030-4-53364 口座名義 公益社団法人奈良県看護協会 |
| 通信欄 | 「看護教員継続研修」受講番号/受講者氏名（フルネーム）/人数/合計金額を明記    |

問い合わせ先 公益社団法人奈良県看護協会 教育事業部（看護教員継続研修 担当）  
TEL 0744-25-4014 FAX 0744-24-7703 e-mail nara-ns@oregano.ocn.ne.jp

FAX 番号 0744-24-7703 6/3 (月) ~6/17 (月) 13 時必着

2019 年度 看護教員継続研修 申込書

(コピー可)

|      | 日時                   | テーマ              |
|------|----------------------|------------------|
| 1 回目 | 7/27 (土) 10:00~16:00 | 学生指導に活かすコーチング    |
| 2 回目 | 8/20 (火) 10:00~16:00 | 学生を育む授業設計と評価     |
| 3 回目 | 9/18 (水) 10:00~16:00 | 看護基礎教育における研究の指導法 |

1 日ずつの申し込み可です。

|   |
|---|
| 学校名・施設名 _____<br>電話番号 _____ FAX 番号 (必須) _____ |
| 申込責任者 _____ 役職 _____                          |

| No. | 受講する日を○で<br>囲んでください。 | (ふりがな)<br>受講者氏名 | 経験<br>年数     | 協会記載欄 |                                  |
|-----|----------------------|-----------------|--------------|-------|----------------------------------|
|     |                      |                 |              | 受講番号  | 参加費 1 日 1080 円<br>× ( ) 日<br>計 円 |
| 1   | 7/27 (土)             | ( )             | 教員 年<br>臨床 年 |       | 参加費 1 日 1080 円<br>× ( ) 日<br>計 円 |
|     | 8/20 (火)             |                 |              |       |                                  |
|     | 9/18 (水)             |                 |              |       |                                  |
| 2   | 7/27 (土)             | ( )             | 教員 年<br>臨床 年 |       | 参加費 1 日 1080 円<br>× ( ) 日<br>計 円 |
|     | 8/20 (火)             |                 |              |       |                                  |
|     | 9/18 (水)             |                 |              |       |                                  |
| 3   | 7/27 (土)             | ( )             | 教員 年<br>臨床 年 |       | 参加費 1 日 1080 円<br>× ( ) 日<br>計 円 |
|     | 8/20 (火)             |                 |              |       |                                  |
|     | 9/18 (水)             |                 |              |       |                                  |
| 4   | 7/27 (土)             | ( )             | 教員 年<br>臨床 年 |       | 参加費 1 日 1080 円<br>× ( ) 日<br>計 円 |
|     | 8/20 (火)             |                 |              |       |                                  |
|     | 9/18 (水)             |                 |              |       |                                  |
| 5   | 7/27 (土)             | ( )             | 教員 年<br>臨床 年 |       | 参加費 1 日 1080 円<br>× ( ) 日<br>計 円 |
|     | 8/20 (火)             |                 |              |       |                                  |
|     | 9/18 (水)             |                 |              |       |                                  |

\*6 月 26 日 (水) までに受講番号、参加費を記入して申し込み代表者宛に FAX で返信します。

\*「受講可」の確認ができましたら、7 月 10 日 (水) までに下記に払込みをお願いします。

振込先 : 郵便局 口座番号 : 01030-4-53364 口座名義 : 公益社団法人奈良県看護協会  
 通信欄に「看護教員継続研修」/受講番号/受講者氏名(フルネーム)/人数/合計金額を明記

\*申込・問い合わせ先 〒634-0813 橿原市四条町 288-8 公益社団法人奈良県看護協会  
 看護教員継続研修担当 TEL 0744-25-4014 FAX 0744-24-7703