

訪問看護師 一日職場体験

参加者 事前記入シート

★参加者は、職場体験の前に本紙を記入し、コピーを1部、ステーション担当者に提出してください

(ステーション担当者様へ：本紙をお受け取りの後、体験の参考資料としてご活用ください。

ステーション協会への提出は不要ですので、体験後は、各ステーションで破棄をお願いします)

氏名	ふりがな	年齢	1. 18-29 歳 2. 30-39 歳 3. 40-49 歳 4. 50 歳～
学校名	学年 年生		
	※訪問看護未就業者の方は、学校名は不要です。 <u>看護師経験</u> 年目		
体験施設名		体験日	年 月 日
以下の当てはまる方に○をつけてください。 1) 在宅看護の授業を受けたことが【 ある ・ ない 】 2) 訪問看護ステーションの実習を受けたことが【 ある ・ ない 】 3) 病院実習を受けたことが【 ある ・ ない 】			
訪問看護師の仕事のイメージをお書き下さい。			
一日職場体験の参加の目的（動機）をおしえてください。			
訪問看護師に聞きたい質問を箇条書きで記入してください。（できるだけ具体的に書いてください。）			
その他、体験ステーションに知らせておきたいことがあれば、お書きください。			