様式第2―6―2

実習施設概要

2　助産師養成所

1. 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 |  | | | | | | | | | |