

様



神戸市看護大学 大学院看護学研究科 博士前期課程

看護学実習へのご協力をお願い

この度は、神戸市看護大学大学院看護学研究科 博士前期課程の大学院生の看護学実習の受け持ち患者様としてご承諾いただき、ありがとうございます。

本学大学院では、高度な専門知識・技術と科学的視野をもった看護師の育成を行なっております。それを目指す大学院生にとりまして、実習は、各専門分野における高度な看護実践能力を開発するための貴重な機会となります。

大学院生はすでに看護師免許を取得し、その多くが看護師としての勤務経験を有しております。実習では、患者様やご家族様にご満足いただけるような、より良い看護の提供を目指して、病棟看護師や実習指導者と共に看護ケアを行わせていただきます。

実習を通して、患者様の診療録やお話から知り得た個人情報を守秘し、プライバシーを守ることをお約束いたします。

実習について、お尋ねになりたいこと、途中で受け持ちをお断りになりたいことなどがありましたら、施設の管理者や看護師、もしくは本学教員にいつでも遠慮なくお申し出下さい。また、受け持ちを断っても不利益を被ることはありません。

実習期間： 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

実習分野： _____

院生氏名： _____ 実習責任者氏名： _____

神戸市看護大学 大学院 博士前期課程
看護学領域 看護学分野
神戸市西区学園西町 3-4
電話 078-794-8080 (代表)