

看護職の給付型シャドーイング実習実施要項

1. 目的

求職中の看護職が、応募前に求人施設でのシャドーイング実習の機会を得て、不安を解消しスムーズな応募・就業へ繋がる事を目的とする。

2. 実施期間・給付金

- ①令和8年4月～令和9年3月末
- ②実習は半日程度とする
- ③実習終了アンケート用紙を提出後求職者へ5,000円給付する

3. 対象 求職中の看護職

4. 実習施設

求人している施設(病院、診療所、老健施設、社会福祉施設、訪問看護事業所等)
求職者が希望する施設へナースセンターから依頼する。
承諾を得た場合のみシャドーイング実習可能とする。

5. 内容

秋田県ナースセンターでは、求職者が見学実習を希望した場合、当該施設の担当者へ連絡・調整する。実習には、施設説明と現役の看護職のシャドーイングを盛り込むこと。

秋田県ナースセンター	申込者	実習施設
<ul style="list-style-type: none">• 求職者と面談し、実習場所、日程の調整を行う• 給付金制度について説明し、アンケート用紙と振り込み用紙を渡す	<ul style="list-style-type: none">• 実習に関して説明を受け承諾した場合、指定された日に実習場所へ行く• 終了後、アンケート用紙に記載し、振込用紙と共にナースセンターに届ける	<ul style="list-style-type: none">• 実習日に迎える準備をする• 実習終了後、アンケート用紙を記載し、ナースセンターに送付

6. 求職者が実習時持参するもの

- ・清潔感のある服装またはユニフォーム
- ・名札(ナースセンターで準備)
- ・エプロン(ナースセンターで準備)
- ・白のスニーカー(または淡い色)

7. 申込方法

秋田県ナースセンターで受け付ける

8. 問合せ先

公益社団法人秋田県看護協会 秋田県ナースセンター

〒010-0001 秋田市中通 2-3-8 秋田アトリオンビル TEL:018-832-8810

求職者用

看護職のシャドーイング実習後アンケート

・実習終了後、アンケート用紙と給付金振り込み用紙をナースセンターに届けてください。

氏名	
実習日	
実習場所	
見学内容を記載 してください	
施設の印象はい かがでしたか	
働いてみたいと 思いましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 迷っている
感想	

看護職のシャドーイング実習受入後アンケート

実習日	
実習場所	
実習者名	
担当者名	
見学内容を記載 してください	
実習生の反応は いかがでしたか	
所感	

*記載し、同封の封筒で返信して下さるようお願いいたします。