**研修終了後レポート**

所属施設名

受講番号　　 　　　 氏名

|  |
| --- |
| **１．研修全体での学び**（ 新たな気づき や 学び、明らかになった課題など） |
|  |

|  |
| --- |
| **２．地域との連携協働の現状と課題** |
|  |

|  |
| --- |
| **３．地域との連携協働の課題解決のために、自施設でどのような取り組みをするのか**  　　　（個人の行動目標ではなく、自施設でどのような取り組みができるのか・必要なのかについて） |
|  |

　「研修受講後の学び・地域との連携協働における課題と自施設での取り組み」

　を確認しました。

確認日：令和　　　年　　　　月　　　　日

確認者： 　　　　　　　　　　　　　印

研修レポートは**提出期限までに** 東京都看護協会　入退院時連携強化研修担当あてにご郵送ください。