**実習修了承認書（産後ケア実務助産師研修修了者申請用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **都道府県** | |  |
|  | |  |
| **申請者** | **氏　名** |  |
| **所　属** |  |
| **会員NO.** |  |

産後ケアに関する研修を30時間受講します。

上記の研修を修了したのち、日本助産師会会員の運営する産後ケア施設での実習を2日間、もしくは産後ケアアウトリーチ型による6件の実習を行います。

**産後ケア施設での実習**

|  |  |
| --- | --- |
| 産後ケア施設実習年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日　~　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 実習施設／施設長名 | ／ |

|  |  |
| --- | --- |
| 実習目標※ | 実習目標に該当する実習内容＊ |
| ①産後ケアの対象者の一般的な基準を理解できる。 |  |
| ②産後ケアに必要なアセスメントの視点を理解できる。 |  |
| ③行政や医療機関、地域の助産師等関係機関との連携について理解できる。 |  |
| ④産後ケアを実施する施設の業務管理の実際を知る。 |  |
| ⑤産後ケアの実務に触れ、産後ケア実務者に求められる態度を習得できる。 |  |

※産後ケア実務助産師研修修了者申請の手引書参照　　　＊実習施設での学習内容について、自由に記載する

**【申請者】**

以上の記載に間違いありません。 西暦　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　申請者：　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**【実習施設承認者】**

申請者の実習は、産後ケア実務助産師研修の実習目標\*に則ったものであり、実習目標が達成されたことを承認いたします。

西暦　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　承認者（署）：　　　　　 　 　　　　　.

**アウトリーチ型での実習**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 件数 | 実習日 | 実習内容 | 指導助産師名 | 指導助産師  承認署名（自署）※ |
| ① | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ② | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ③ | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ④ | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ⑤ | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ⑥ | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |

**【申請者】**

以上の記載に間違いありません。　 　　　西暦　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　申請者（自署）：　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　.

**【指導助産師（承認者）】**

申請者の実習は、産後ケア実務助産師研修の実習目標\*に則ったものであり、実習目標が達成されたことを承認いたします。

　西暦　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　承認者（自署）：　　　　　　　　 　 .

※指導助産師が、申請者のアウトリーチ型の実習が、産後ケア実務助産師研修の実習目標に則ったものであり、実習目標が達成されたことを承認する場合に署名をお願いします。