**様式4-3**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名** |  |
| **記入者名** | 職位　　　　　　氏名 |
| **電話番号** |  |
| **E-mail** |  |

**令和８年度新人看護職員研修事業費補助金に関する要望調査表**

※補助金の対象となる新人看護職員とは、令和８年４月に**保健師、助産師、看護師及び准看護師免許を取得してから初めて就労する予定の方**です。

**問1　貴院は、令和８年度に新人看護職員を採用予定ですか？**

※令和８年４月末に貴院に在籍予定の方が対象です。現時点での最大数を記載ください。

**①はい**　　（　　　　　）人予定

　　　　　＜再掲：看護師（　　）人・保健師（　　）人・助産師（　　）人・准看護師（　　）人＞

**②いいえ**　　　　⇒　**問4にお答え下さい。**

**問2　貴院は、県が来年度実施予定の補助事業「愛媛県新人看護職員研修事業」の利用を希望されますか？**

※ここでいう「新人看護職員研修」とは、新人看護職員研修ガイドラインに示された内容の研修を各病院で実施する場合をいいます。

**①希望する**

**②希望しない**　**理由**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**問3　医療機関受入研修事業を希望しますか？**

　　※他施設の新人看護職員を受け入れて研修を実施することです。

**①する**　　　・・・・・受入予定人数（　　　　　）人

**②しない**

**問4　貴院の令和６年度（令和６年４月１日～７年３月末）の（新人）看護職員の採用数及び、（新人）看護職員の退職者数を教えてください。**

**①看護職員** 採用数（　　　　）人　退職者数（　　　　）人

**②新人看護職員**（①の内数） 採用数（　　　　）人　退職者数（　　　　）人

　※採用数：令和6年度に貴院が採用した（新人）看護職員数

　　退職者数：令和6年度に貴院が採用した（新人）看護職員のうち、令和6年度中に退職した者

**問5　令和８年度にEPAによる外国人看護師候補者を受け入れる予定はありますか？**

**①はい**　　（　　　　　）人予定　　　（　　　　　）月頃から受入予定

**②いいえ**

　※「外国人看護師候補者就労研修支援事業」は、医療提供体制推進事業費補助金の対象ですが、この機会に併せて希望調査を実施します。

**問6　新人看護職員研修事業に関するご意見等ございましたら、ご自由にご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |