

都道府県型保健所における新任期保健師の現任教育に関する調査票

**調査票A** 都道府県基本調査シート

(貴都道府県統括的立場の保健師がお答えください。)  
(色つきのセルはクリックして回答を選択してください。)

都道府県名		( )		都・道・府・県
記入者	氏名			
	所属部署名			
	連絡先	e-mail:		
		電話:		

【 1 】 貴都道府県には新任期人材育成計画がありますか。

**設問【1】** 選択してください

- 1 あり →【1-1】を回答ください  
2 なし

【 1-1 】新任期教育期間は採用後何年間としていますか。

**【1-1】** 選択してください

- 1 1年 2 2年 3 3年 4 4年 5 5年 6 6年以上

【 2 】 プリセプターを配置していますか。

\*プリセプターとは、新任期保健師の個別実地指導者をいう。

**設問【2】** 選択してください

- 1 あり  
2 なし

【 3 】 人材育成マニュアル等でジョブローテーションが定められていますか。

**設問【3】** 選択してください

- 1 定められている  
2 定められていない

【 4 】 採用時の配置先が決まっていますか。

**設問【4】** 選択してください

- 1 決まっている →【4-1】を回答ください  
2 決まっていない

【 4-1 】それはどこですか。

**【4-1】** 選択してください

- 1 保健所  
2 本庁  
3 その他

(その他) 部署名を記入してください	
-----------------------	--

【 5 】 過去5年間の採用者数をご記入ください。

**設問【5】**

- 1 1人  
2 2人  
3 3人  
4 4人  
5 5人  
6 6人  
7 7人  
8 8人  
9 9人  
10 10人  
11 11人以上

29年度	選択してください
28年度	選択してください
27年度	選択してください
26年度	選択してください
25年度	選択してください