**平成28年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業**

**市町村統括保健師人材育成プログラム受講者の活動状況について**

　　記入日：　平成 年　　　月　　日

記入者ご所属・職位：　　　　　　　　　　　 ご氏名：

市町村統括保健師人材育成プログラム受講者氏名：　　　　　　　　　　　　（受講生ID：　　　　）

**１．プログラム参加による変化について**

　貴所属の本プログラム受講者の方の活動状況や受講前後の変化などについて、お気づきの点がございましたら、ご記入ください。(例えば、組織横断的な調整や人材育成などへの取り組み等、組織全体にとって有効であったことや、受講者個人、貴所属の保健師集団の変化等)

　また、今後に向けて受講者に期待することがございましたら、併せてお聞かせください。

**２.貴自治体における統括保健師の位置づけについて**

貴自治体における統括保健師の位置づけについて、現在のお考えをお聞かせください。なお、本プログラムによって、何らかの変化などがございましたら、併せてお聞かせください。

　　　　　　ご協力、ありがとうございました。　公益社団法人日本看護協会