

국민과 함께 한 간호 100년, 건강한 대한민국을 만들겠습니다.



**경기도간호사회**  
Gyeonggi-do Nurses Association

수신자 수신자 참조

참 조

제 목 「간호인력 취업교육센터」 실기 및 실습 강사 표준화교육 프로그램 안내

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원 드립니다.

2. 대한간호협회는 간호·간병통합서비스 사업의 선결과제인 적정 간호인력 확보를 위해 보건복지부로부터 간호인력 취업교육센터를 위탁운영하고 있으며, 이와 관련하여 실기·실습지도 및 현장실무 훈련을 지도할 강사를 대상으로 다음과 같이 「실기 및 실습 강사 표준화교육」을 운영할 예정입니다.

3. 이에 귀 기관의 대상자들이 본 교육에 참여할 수 있도록 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

가. 일 시 : 1차 - 2017년 4월 12일(수)

2차 - 2017년 4월 13일(목)

나. 장 소 : KNA 연수원(용인 소재)

다. 대 상 : 간호·간병통합서비스 운영(예정)병원, 중소병원, 요양병원의 실습 지도에 직접 참여하는 임상경력 5년 이상 간호사, 현장실무 훈련 지도자

라. 교 육 비 : 5만원(농협 301-0206-4849-71 / 예금주 : 경기도간호사회)

- 받는 통장 표시 (예 : 이름○○○1차강사 --> 홍길동1차강사)

마. 접 수 : 경기도간호사회 홈페이지 교육 및 행사 --> 교육 및 행사 신청 후 교육신청서와 강사정보 수집·이용동의서 첨부

※ 보수교육 인정 프로그램입니다.

붙임 : 1. 실기 및 실습 강사 표준화교육 프로그램 1부

2. 교육신청서 1부

3. 강사정보 수집·이용동의서 1부. 끝.

**사단법인 대한간호협회 경기도간호사회장**



수신자 간호·간병통합서비스 운영(예정)병원, 중소병원, 요양병원 간호부서장 귀하

교육팀 / 센터장 최영현 / 사무처장 김미아 / 회장 김인자

협조자 시행 경간취업 제17호 (2017.3.9)

우 16481 경기도 수원시 팔달구 경수대로 519번길 4(인계동 959-4) / www.lovekgrn.org

전화 (031)302-9504 전송 (031)252-0647 /rnjobkki@koreanurse.or.kr



## 실기·실습 강사 표준화 교육

구 분	시 간		제 목	강사
1차 4.12(수)  2차 4.13(목)	8:50-9:00	'10	등록	
	9:00-9:10	'10	센터 사업 및 프로그램 소개	
	9:10-10:50	'100	실습강사의 역할	이론강사
	11:00-11:10	'10	실기교육 진행순서 소개 및 강사소개 교육 장소로 이동	
			실기간호교육(간호술) ▶ 각 영역 50분씩 실기실습 후 이동(10분 휴식)	
	11:10-12:00	'50	I. 활력징후, 감염관리	실기강사
	12:00-13:00	'60	점심식사	
	13:00-13:50	'50	II. 단순도뇨, 유치도뇨	
	14:00-14:50	'50	III. 근육, 피내, 피하주사	
	15:00-15:50	'50	IV. 정맥주사, 수혈요법, Infusion Pump	
16:00-16:50	'50	V. 산소요법, 기관절개관, 기관내 흡인		
17:00-17:50	'50	VI. 위관영양, 배출관장		

※ 프로그램(안)은 일부 변경될 수 있음



## 간호인력 취업교육센터 ( 실기·실습 강사 ) 교육 신청서

교육명			
성명		성별	여(    )    남(    )
면허번호		생년월일	
소속 기관		직위	
임상경력기간(년)			
간호·간병통합 서비스 운영여부	운영(예정) (    ) <hr/> 미운영(    )	시작시기: 20____년 ____월 예정시기: 20____년 ____월	
연 락 처	H·P		
	직장		
	e-mail		



## 강사정보 수집·이용 동의서

### 1. 개인정보 수집 및 이용 동의

- \* 개인정보 수집 및 이용 목적 : 간호사 보수교육에 필요한 최소한의 정보를 다음과 같이 수집합니다.
- \* 개인정보 수집 항목 : 생년월일, 이름, 면허번호(의료인), 연락처, 휴대폰번호, 이메일 주소, 학력, 경력 등
- \* 개인정보의 보유 및 이용기간 : 해당 보수교육과정 폐기연도 까지
- \* 개인정보 수집·이용에 동의하지 않을 권리 : 해당 보수교육과정의 강사로서 개인정보를 제공하는 자는 개인정보 수집·이용에 동의하지 않을 권리가 있으며, 거부할 경우 강사로서 선정되지 않음을 알려드립니다.

개인정보 수집 및 이용 목적에 동의하십니까?(√ 하여 주십시오)

동의함

동의하지 않음

### 2. 강사 정보

증명사진 (3cm x 4cm)	성 명		성별	(남, 여)	등록회원	<input type="checkbox"/> 예
	생년월일		면허번호			<input type="checkbox"/> 아니오
	소속기관				직위	
	연락처	휴대폰			email	
사무실				fax		
거주지 주소	우편번호(    -    )					
학 력	기 간	학 교 명		전 공	취득학위명	
	년 월 ~ 년 월					
	년 월 ~ 년 월					
	년 월 ~ 년 월					
주요경력	기 간	근 무 처		부서명	직 위	
	년 월 ~ 년 월					
	년 월 ~ 년 월					



	년 월 ~ 년 월				
자격 및 면허	면허자격증번호	면허자격증 내용	취득년도	갱신일자	발행처
관련분야 주요저서 및 연구활동					
강의경력					
기 타					

**3. 원천징수\* 영수증 발급 및 강사료 등의 지급에 필요한 정보(필수 입력)**

\*25만원 이상의 강사료의 경우, 원천징수규정에 따라 세금에 해당하는 금액만큼 제외하고 강사에게 지급한 뒤, 공제해 중 세액은 세무서에 신고 납부하는 것임.

계좌번호		예금주		은행명	
생년월일					

- \* 상기 정보는 사실과 다름이 없음을 확인합니다.
- \* 상기 정보는 개인정보 보호법에 따라 본인의 동의하에 대한간호협회 강사로 등록 및 관리되어집니다.
- \* 상기 정보 이외에 필요한 정보는 추가 자료를 요청할 수 있습니다.

위의 내용에 동의합니다(✓ 하여 주십시오).

년 월 일

(강사)

(서명 혹은 인)