

2019年度 神奈川県助産師会保健指導部会 会員活動アンケート

2019年7月

フリガナ							
①氏名		②年齢	歳	③会員番号		④助産師の実務経験年数	年
⑤連絡先	〒						
	住所						
	電話番号(自宅又は携帯) — —						
	保健指導部会メーリングリスト参加の有 無 A. 参加している B. 未参加 C. 参加したい						
	(C.参加したい方のアドレス: @)						
⑥開業の有無	有 (西暦 年から) 無						
⑦開業有の方	開業の形態 A. 出張専門(施設なし) B. 出張及び施設あり C. 施設あり(出張なし)						
⑧開業情報	開業名						
	開業場所						
	電話番号 — —						
⑨保健指導員賠償責任保険加入の有無			A. 有 B. 無				
⑩クリニカルラダー(レベルⅢ)取得の有無			A. 取得済 B. 取得予定 C. 取得しない				
⑪学校(学生)実習受入れの有無			A. 受入れている 学校数(校)				
			B. 受入れていない C. 今後受入れる予定				
⑫母乳育児支援をしていますか 該当するものに○をつける							
“母乳育児支援とは”…助産所・母乳外来・母乳育児相談室に就業する会員 又その他の施設(行政や企業など)で保健指導を行う会員が行う母乳や育児の支援をいう ＜開業の有無は問わない＞							
A. している（更にaかbを選択） a. 乳房マッサージを含む母乳育児支援 b. 保健指導のみの支援(乳房マッサージは実施しない) B. していない							
* A.「している」に○をつけた方は、 日本助産師会調査【母乳育児支援に関する安全評価】の記入もお願いします							

ご協力、誠にありがとうございました

|