

26長崎看協発第248号
平成27年2月10日

施設代表者様

公益社団法人長崎県看護協会
会長 副島 都志子



平成26年度訪問看護師育成研修の開催について（案内）

寒冷の候、皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。
平素より本会事業には格別なご協力をいただきありがとうございます。

このたび、『平成26年度長崎県地域医療介護総合確保基金事業』により訪問看護師育成研修を下記のとおり開催致します。

訪問看護に興味のある看護師の皆様に、講義と見学実習を行う研修会を実施いたします。

貴所属職員への周知について、ご配慮いただきますよう、よろしく願い致します。

なお、申込みにつきましては別紙②・③の参加申込書へ必要事項をご記入の上、看護協会総務部宛に郵送またはFAXでお申込み下さい。

記

1. 講義

日 時：平成27年3月4日(水)、3月8日(日)

会 場：ながさき看護センター 4階 大会議室、3階研修室A
(長崎県諫早市永昌町23番6号 TEL：0957-49-8050)

受講対象：訪問看護に興味のある看護師等

*現に訪問看護に従事している者は除く(ただし3月4日の基調講演は公開とする)

日 程 表：別紙①参照

定 員：200名(先着順)

受 講 料：無料

2. 見学実習

実習場所：県内の訪問看護ステーション

受講対象：上記1の講義を2日間受講し、実習を希望される方

定 員：30名(先着順)

受 講 料：無料

公益社団法人 長崎県看護協会
〒854-0072

長崎県諫早市永昌町23番6号

TEL:0957-49-8050

FAX:0957-49-8056

E-mail: nurse.na@guitar.ocn.ne.jp

担当: 木下・荻野・星

訪問看護師育成研修

～講義と見学実習で訪問看護活動の実際を知る～

1) 講義

開催日：平成27年3月4日（水），3月8日（日）

会場：ながさき看護センター 4階 大会議室，3階研修室A
（諫早市永昌町23-6）

〈プログラム〉

	時間	内容
3月4日(水) 第1日目講義	13:00～16:00	訪問看護師育成研修 基調講演 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 看護局長 角田直枝先生
3月8日(日) 第2日目講義	9:30～9:40 (10分)	オリエンテーション
	9:40～10:30 (50分)	訪問看護の制度と長崎県の現状について
	10:30～12:00 (1時間30分)	訪問看護の実際 1
	13:00～14:30 (1時間30分)	訪問看護の実際 2
	14:30～15:20 (50分)	演習
	15:20～15:30 (10分)	まとめ・連絡事項 閉会

2) 訪問看護ステーションでの見学実習

場所：県内の訪問看護ステーション

日時：9:00～17:00（但し，実習施設により変更あり），実習場所・日程は個別に調整

定員：30名

*見学実習参加者には、別途実施要項と実習日程票を後日郵送いたします

3) その他

第2日講義の講師・講義内容等は決定次第看護協会ホームページ上に掲載しますので、ご確認ください。

※本事業は「長崎県地域医療介護総合確保基金事業補助金」により実施します

訪問看護師育成研修 参加申込書

- *参加するプログラムに○を記入してください
- *見学実習の参加を希望される方は3月4日, 8日の講義受講が必須となります
- *応募者多数の場合は施設毎に調整させていただきます(3日間受講者が優先となります)
- *3月8日及び見学実習は、原則として現に訪問看護に従事している者は除きます

優先順	参加者氏名	職種・職位等	3月4日講義 参加	3月8日講義 参加	見学実習 参加
1	(フリガナ)				
2	(フリガナ)				
3	(フリガナ)				
4	(フリガナ)				
5	(フリガナ)				
6	(フリガナ)				
7	(フリガナ)				
8	(フリガナ)				
9	(フリガナ)				
10	(フリガナ)				

※申込者多数の場合は本申込書をコピーしてご利用ください。

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

施設名 _____

住所 _____

電話番号 _____

施設代表者名
(または個人会員名) _____

訪問看護師育成研修 参加申込 【個人票】

1	氏名 _____ 年齢 (_____ 歳) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____ 電話番号 _____ - _____ - _____							
2	就業状況 ① (_____) 未就業 ② (_____) 就業 *現在就業されている方は勤務先についてもご記入ください 勤務先 施設名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 所 属 _____							
3	免許の種類と経験年数 (_____) 保健師 _____年 (_____) 看護師 _____年 (_____) 助産師 _____年 (_____) 准看護師 _____年 *訪問看護師の経験がある方 _____年							
4	職位 _____ 職位年数 (_____ 年)							
5	訪問看護師に関連する研修 受講の有無 (_____) 有 / (_____) 無 *受講有の場合は、 研修名 と 受講年 をご記入下さい							
6	長崎県看護協会会員の方	会員番号	NO					
7	今回の研修受講動機							

※申込者多数の場合は本票をコピーしてご利用ください。

長崎県看護協会総務部宛 郵送または FAX でお申込み下さい。

住 所: 〒854-0072 長崎県諫早市永昌町23-6

FAX : 0957-49-8056

申し込み締切:平成 27年 2月 23 日(月) * 郵送の場合は必着