**訪問看護師養成研修(公開講座)申込書（令和５年度）**

**【公開講座は［ステップ１］の一部講義を受講するもので、訪問看護に従事しているまたは**

**介護施設等に勤務している看護職が対象です】**

**◆◇下記項目について記入し、希望する講義に○をつけてメール・郵送またはＦＡＸして下さい◇◆**

**送付先E-mail：houmonkango-cc@gunma-kango.jp 　FAX：０２７－２３０－２００３**

**宛　名：群馬県看護協会　在宅支援課担当**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ****氏　名** | **男****女** | **職種** | **保健師・助産師・看護師・准看護師**（○で囲む） |
| **勤務****先** | **名称** |  | **勤務先****以外の****連絡先** | 携帯・自宅等**―　　　　　―** |  |
| **住所** | **〒****TEL：****FAX：** |
| **訪問看護経験年数** | 保健師（　　年）　助産師（　　年）　看護師（　　年）　准看護師（　　年） なし |
| **看護協会員ですか** | １．はい　 　　　２．いいえ　　 　　３．今後入会を検討している |

**◆講義に必要な物品等について連絡する場合がありますので、連絡先は必ずご記入ください。**

**【希望する講義に○を記入してください】**午前(9：30～12：30）午後(13：30～16：30）一部16:00まで

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ | 日　程 | 曜日 　　時　間 | 　 　科 目 名 | **○印** |
| １ | **７/１２** | **水　　13:30～16:30** | **感染管理** |  |
| ２ | **７/２０** | **木　　 9:30～16:30** | **認知症の人の看護** |  |
| ３ | **８/３１** | **木　　 9:30～16:30** | **精神障がい者の看護** |  |
| ４ | **９/６** | **水　　 9:30～16:30** | **難病の人の看護** |  |
| ５ | **９/７** | **木　　 9:30～16:30** | **疾患や障がいのある小児の看護** |  |
| ６ | **９/１３** | **水　　 9:30～16:30** | **排泄ケア** |  |
| ７ | **９/１４** | **木　　 9:30～16:30** | **がん看護** |  |
| ８ | **９/２７** | **水　　 9:30～16:30** | **エンドオブライフケア** |  |
| ９ | **１０/４** | **水　　 9:30～16:30** | **摂食・嚥下障害者の援助** |  |
| １０ | **１０/１１** | **水　　 9:30～16:30** | **呼吸理学療法の実際** |  |
| １１ | **１０/２０** | **金　　 9:30～12:30** | **災害対応** |  |
| １２ | **１０/２０** | **金　 13:30～16:00** | **多職種連携で進める訪問医療** |  |

※一日の講義は一連のものであるため、２名で午前・午後に分けて受けることはできません。

※郵送の場合　〒371-0007　前橋市上泉町1858-7　公益社団法人群馬県看護協会　在宅支援課担当あて

※都合で出席できなくなった時は、**027-230-2002　在宅支援課担当**まで連絡をしてください。

※本研修申込みで得た個人情報は、研修に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱う

ことはありません。