

<p>公益社団法人岡山県看護協会 会長 二宮 一枝 宛</p> <p>岡山県看護協会 在宅ケアアドバイザー派遣事業申込書</p>			
令和 年 月 日			
施設名／ 代表者名	(施設名) (代表者名) ／		
申込者名	※看護職(看護協会員がおられる施設・団体の場合は、会員の方がお申込みください。)		
申込者連絡先	(TEL)	(FAX)	(Eメール)
住所 (資料送付先)	(住所) 〒		
希望する 研修方法	※希望する方に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 事例検討 · <input type="checkbox"/> 研修会 / <input type="checkbox"/> 集合 · <input type="checkbox"/> オンライン		
テーマ 相談したい内容 聞きたい内容	※研修のテーマ、困っていること、ききたいこと等を具体的に記載してください。		
目的	※(例)摂食嚥下の最新の技術、知見を知り、療養者の誤嚥を予防しその人らしい生活が送ることができるよう支援する。		
アドバイザー 希望分野・領域	※希望するものに☑を入れてください。 【専門看護師】8分野 <input type="checkbox"/> がん看護 <input type="checkbox"/> 精神看護 <input type="checkbox"/> 小児看護 <input type="checkbox"/> 急性・重症患者看護 <input type="checkbox"/> 慢性疾患看護 <input type="checkbox"/> 急性・重症患者看護 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> 感染症看護 【認定看護師(A課程)】16分野 <input type="checkbox"/> 救急看護 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 集中ケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> がん化学療法看護 <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病看護 <input type="checkbox"/> 透析看護 <input type="checkbox"/> 乳がん看護 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 認知症看護 <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション看護 <input type="checkbox"/> がん放射線療法看護 <input type="checkbox"/> 慢性心不全看護 【特定認定看護師(B課程)】12分野 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> がん薬物療法看護 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> クリティカルケア <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患看護 <input type="checkbox"/> 心不全看護 <input type="checkbox"/> 腎不全看護 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 糖尿病看護 <input type="checkbox"/> 認知症看護 <input type="checkbox"/> 脳卒中看護 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア 【特定行為研修修了者】 <input type="checkbox"/> 在宅・慢性期領域(1-1. 呼吸器関連 1-2. ろう孔管理関連 1-3. 創傷管理関連 1-4. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連)		
希望日時	※希望する日時をご記入ください。 第1希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第2希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第3希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
開催場所 (施設名・住所)	施設名 〒 住所		
参加人数及び 参加者の職種	人(予定)	※該当するするものに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 理学療法士等 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他	
その他	※ご希望等ありましたらご自由にお書きください。		

<申込先>公益社団法人 岡山県看護協会 在宅支援推進委員会(地域包括ケア推進室 担当:萩原・江田)

TEL : 086-226-3638 / FAX : 086-226-1157 E-mail:hagiwara@nurse.okayama.okayama.jp