

公益社団法人岡山県看護協会 会長 二宮 一枝 宛 <b>岡山県看護協会 在宅ケアアドバイザー派遣事業申込書</b> 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。		
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。 <b>【専門看護師】7分野</b> <input type="checkbox"/> がん看護 <input type="checkbox"/> 慢性疾患看護 <input type="checkbox"/> 精神看護 <input type="checkbox"/> 急性・重症患者看護 <input type="checkbox"/> 母性看護 <input type="checkbox"/> 小児看護 <input type="checkbox"/> 家族支援 <b>【認定看護師(A課程)】16分野</b> <input type="checkbox"/> 救急看護 <input type="checkbox"/> 集中ケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> がん化学療法看護 <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 <b>【特定認定看護師(B課程)】12分野</b> <input type="checkbox"/> クリティカルケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> がん薬物療法看護 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 腎不全看護 <input type="checkbox"/> 手術看護 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 認知症看護 <input type="checkbox"/> 脳卒中看護 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患看護 <input type="checkbox"/> 心不全看護 <b>【特定行為研修修了者】</b> <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