

事務連絡

平成29年8月22日

各施設看護職員代表者 様

公益社団法人 沖縄県看護協会
会長 仲座明美
(公印省略)

介護施設等で勤務する看護職者の研修の開催（お知らせ）

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、沖縄県看護協会の事業につきましては格別なご理解とご支援を賜り厚くお礼申し上げます。

標記研修を平成29年度5月20日（第1回目）より開始し、多くの介護施設等に勤務されている看護職員の方が受講されております。今回（第3回目）「介護施設・在宅等における看取りケア」について、宮古地区において初めて開催いたします。

つきましては、貴施設の利用者・家族のケアをさらに充実させていくためにも、皆様のご参加をお待ちしております。

記

日時：10月21日（土） 9：30～16：30

会場：宮古島徳洲会病院

講師：小橋川 初美先生

(友愛会南部病院 緩和ケア認定看護師)

*お申込みについての詳細は、別紙ご参照下さい。

連絡先

〒901-1105 沖縄県南風原町字新川272-17

電話：098-888-3105 FAX：098-888-3126

メールアドレス kyouiku.k@oki-kango.or.jp

教育課：名嘉真・平安山

「介護施設・在宅等における看取りケア」

沖縄県受託研修(公益社団法人 沖縄県看護協会)

＜研修目的＞

高齢者ケアの知識・技術を習得し、
看護実践能力を高める。

☆受講対象者:介護施設等に勤務する看護職者

☆開催日時、場所

研修時間 9:30～16:30(各地区共通)

日にち	開催場所	講師名
南部地区 9月30日(土)	豊見城中央病院 豊見城市上田 25	友愛会南部病院 緩和ケア認定看護師 小橋川 初美
北部地区 10月7日(土)	北部地区医師会病院 名護市宇茂佐 1712-3	中頭病院 緩和ケア認定看護師 金城 ユカリ
中部地区 10月14日(土)	中頭病院 沖縄市登川 610	国立病院機構沖縄病院 緩和ケア認定看護師 奥間 かおり
那覇地区 10月21日(土)	大浜第一病院 那覇市天久 1000	
宮古地区 10月21日(土)	宮古島徳州会病院 宮古島市平良松原 552-1	友愛会南部病院 緩和ケア認定看護師 小橋川 初美

☆受講料:看護協会会員 1,600円 非会員 3,200円

※研修当日にお支払い下さい。

☆申込期限:9月11日まで(期日すぎたお申込み希望の際はご連絡下さい。)

☆申込方法及び問合せ:介護施設等で勤務する看護職者の研修申込書(様式5)に必要事項を記入し
下記に送付して下さい(FAX・郵送)

〒901-1105 南風原町新川 272番地 17

沖縄県看護協会 教育課:名嘉真・平安山

電話:098-888-3105 (教育課直通)

FAX:098-888-3126



介護施設等で勤務する看護職者の研修 申込書

	第一回	第二回	第三回
受講希望研修	<input type="checkbox"/> 高齢者の理解と事故予防 <input type="checkbox"/> 急変予測と対応 沖縄県看護研修センター	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下ケア（ <input type="checkbox"/> 口腔ケア含む） <input type="checkbox"/> 北部地区 北部地区医師会病院 <input type="checkbox"/> 中部地区 中頭病院 <input type="checkbox"/> 那覇地区 大浜第一病院 <input type="checkbox"/> 南部地区 豊見城中央病院 <input type="checkbox"/> 八重山地区 かりゆし病院 ※地区をチェック	<input type="checkbox"/> 介護施設・在宅等における看取りケア <input type="checkbox"/> 北部地区 北部地区医師会病院 <input type="checkbox"/> 中部地区 中頭病院 <input type="checkbox"/> 那覇地区 大浜第一病院 <input type="checkbox"/> 南部地区 豊見城中央病院 <input type="checkbox"/> 宮古地区 宮古島徳州会病院 ※地区をチェック
申込期間	4/1～ 4/10日	6/1～ 6/12日	9/1～ 9/11日

(フリガナ) 氏名		年齢	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護職	実務経験 (通算)	年
入会の有無	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 非会員		
施設名	施設名： 所在地：〒 電話番号：		
受講動機			