

令和4年度 訪問看護研修（専門）開催要項

1 目的

訪問看護に携わる看護師等に対して訪問看護事業の実施に必要な知識及び技術の修得を目的とした研修を実施し、県内における訪問看護の質の向上を図る。

2 実施機関

岩手県委託事業として公益社団法人岩手県看護協会が実施する。

3 研修プログラム

日程	時間	内容・講師
7月25日 (月)	10:00～12:30	口から食べるを支援する看護ケア 摂食嚥下障害看護認定看護師 小笠原 千 恵
	13:30～16:00	地域で生活する精神障がい者を支える看護 未来の風せいわ病院 看護部長 山 口 晴 美 (精神科看護認定看護師、認定看護管理者)
10月18日 (火)	10:00～16:00	変化に気づく、フィジカルアセスメント 岩手県立中部病院 救急看護認定看護師 中 村 舞

4 会 場

岩手県看護研修センター

5 対 象

訪問看護に従事する保健師、助産師、看護師及び准看護師

6 受講料

無料

7 申込方法

申込書に必要事項を記入し、申込期間中に封書またはメール添付にてお送りください。メールでのお申込み後、受領通知メールが3日以内に届かない場合はお問い合わせください。

〒020-0117 盛岡市緑が丘二丁目4番55号 公益社団法人岩手県看護協会 教育部 宛

メール：kensyu@iwate-kango.or.jp TEL：019-662-8213

8 申込期間

5月11日(水)～17日(火)

<コピー使用可>

研修会 受講申込書

令和4年 月 日

岩手県委託研修	コース名	訪問看護研修（専門）		
開催期日	7月25日(月)10月18日(火)10:00~16:00		申込期間	5/11(水)~5/17(火)

施設名 個人会員は 自宅住所				施設No.	
担当者	[職位]	[氏名]	[電話番号]		
	[メールアドレス]				

優先 順位	岩手県看護協会 (○印)			氏名	職種 (○印)	備考
	会員番号	手続中	非会員			
1					保・助・看・准	
2					保・助・看・准	
3					保・助・看・准	
4					保・助・看・准	
5					保・助・看・准	
6					保・助・看・准	
7					保・助・看・准	
8					保・助・看・准	
9					保・助・看・准	
10					保・助・看・准	

注：①定員を越えた場合は参加者の調整をする場合があります。

申込者が2名以上の場合は優先順に記入してください。

②締切日を過ぎた場合はお問い合わせください。

③駐車場の利用期間は **4月1日~12月10日** です。

詳しくは、教育計画の研修会参加要領をご参照下さい。

※個人情報の取り扱いについて
申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。

令和4年度 訪問看護研修（管理）開催要項

1 目的

訪問看護に携わる看護師等に対して訪問看護事業の実施に必要な知識及び技術の修得を目的とした研修を実施し、県内における訪問看護の質の向上を図る。

2 実施機関

岩手県委託事業として公益社団法人岩手県看護協会が実施する。

3 研修プログラム

日程	時間	内容・講師
10/20(木)	9:30～16:30	組織分析①～自組織の現状を紐解く～ 自身の課題を明らかにする 株式会社サフィール 代表取締役 河野 秀一
10/27(木)	10:00～16:00	管理者に求められる経営の視点 ～ステーション管理者に求められる経営の視点を学ぶ～ 渡邊会計事務所/株式会社渡邊経営 代表 渡邊 尚之(公認会計士/税理士/看護師)
11/2(水)	9:30～16:30	組織分析②～自組織の現状を紐解く～ 課題解決策の立案 株式会社サフィール 代表取締役 河野 秀一

4 会場

岩手県看護研修センター

5 対象

訪問看護に従事する看護職（管理に携わっている者）

6 受講料

無料

7 申込方法

申込書に必要事項を記入し、申込期間中に封書またはメール添付にてお送りください。メールでのお申込み後、受領通知メールが3日以内に届かない場合はお問い合わせください。

〒020-0117 盛岡市緑が丘二丁目4番55号 公益社団法人岩手県看護協会 教育部 宛

メール：kensyu@iwate-kango.or.jp TEL：019-662-8213

8 申込期間

8月11日(木)～17日(水)

<コピー使用可>

研修会 受講申込書

令和4年 月 日

岩手県委託研修	コース名	訪問看護研修（管理）		
開催期日	10月20日(木)27日(木)11月2日(水)		申込期間	8/11(木)～8/17(水)

施設名 個人会員は 自宅住所				施設No.	
担当者	[職位]	[氏名]	[電話番号]		
	[メールアドレス]				

優先 順位	岩手県看護協会 (○印)			氏名	職 種 (○印)	備 考
	会員番号	手続中	非会員			
1					保・助・看	
2					保・助・看	
3					保・助・看	
4					保・助・看	
5					保・助・看	
6					保・助・看	
7					保・助・看	
8					保・助・看	
9					保・助・看	
10					保・助・看	

注：①定員を越えた場合は参加者の調整をする場合があります。

申込者が2名以上の場合は優先順に記入してください。

②締切日を過ぎた場合はお問い合わせください。

③駐車場の利用期間は **4月1日～12月10日** です。

詳しくは、教育計画の研修会参加要領をご参照下さい。

※個人情報の取り扱いについて
申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。