

2019年度 在宅緩和ケア従事者研修申込書

氏名		年齢	歳	
職種	・保健師 ・助産師 ・看護師 ・准看護師 ・その他（ ） （○で囲んでください）			
職位				
施設名				
施設住所	〒			
	TEL			
実務経験年数	保健師（ ）年 助産師（ ）年 看護師（ ）年 准看護師（ ）年			
	上記の内訪問看護歴（ ）年			
ご希望の研修に レ点を入れて ください	<input type="checkbox"/>	7月6日（土） 9:30～16:30	・在宅でのストーマ管理とドレーン管理 ・在宅での褥瘡ケア	高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター 皮膚・排泄ケア認定看護師 片岡 薫 氏 本山 舞 氏
	<input type="checkbox"/>	10月5日（土） 9:30～16:30	在宅における がん患者の家族看護	高知大学医学部附属病院 家族支援専門看護師 星川 理恵 氏
	<input type="checkbox"/>	12月15日（日） 9:30～16:30	在宅におけるがん患者のACP （アドバンスケアプランニング） の考え方	独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター がん専門看護師 田代 真理 氏
看護協会 入会状況	（高知県会員番号）6桁		会員の方は、会員番号必須 会員 ・ 非会員 （○で囲んで下さい）	

公益社団法人高知県看護協会

FAX：088-844-0053