

看護力再開発講習会（研修Ⅱ）受講申込書

送付先：大分県ナースセンター

*下記に記入又は○印をおつけください

FAX：097-574-7361

ふりがな 氏名		電 話	
現住所	市町村 (市町村名のみ)	職 能	保健師 ・ 助産師 看護師 ・ 准看護師

受講希望日の申込欄に○印を付けてください

*講義：第3水曜日、場所：看護研修会館

申込欄	月 日	講 義(演習) 内 容 10:00 ~ 12:00
	4/17	輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理
	5/15	採血・静脈注射
	6/19	看護場面における感染防止
	7/17	看護場面における医療事故防止
	8/21	口腔ケアと摂食・嚥下ケアの実際
	9/18	経腸栄養
	10/16	最近の褥瘡ケア
	11/20	フィジカルアセスメント（心音・呼吸音・全身皮膚）
	12/18	吸引の実際
	1/15	急変時のアセスメントと看護
	2/19	認知症ケア
	3/18	看護過程と看護記録

【お知らせ】

- 1 申込み 研修日の1週間前までに下記にご連絡ください。
- 2 経 費 受講料は無料
- 3 携行品 筆記用具、活動しやすい服装
- 4 申込み・問合せ先 〒870-0855 大分市豊饒二丁目7番1号 大分県ナースセンター
TEL 097-574-7136 FAX097-574-7361

※欠席される場合は必ず連絡をお願いします。