

看護力再開発講習会（研修Ⅰ）受講申込書

＊下記に記入又は○印をおつけください

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

◇日田・玖珠・九重地域（日田市）◇

◇研修場所：大分県済生会日田病院

◇プログラム

	内 容					
	9:50 ～ 10:00	10:00 ～ 11:00	11:00 ～ 12:15	13:15 ～ 14:30	14:30 ～ 15:30	15:30 ～ 16:00
7月3日 (木)	OR 挨拶	最近の感染管理 について	口腔ケアと 摂食嚥下ケアの 実際	フィジカル アセスメントと 急変時の看護	採血・静脈注射	就業 相談

【お知らせ】

- | | |
|------------|---|
| 1 経 費 | 受講料は無料 |
| 2 携行品 | 筆記用具、活動しやすい服装 |
| 3 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
FAX 097-574-7361 |