

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

◇中津・宇佐・豊後高田地域（中津市）◇

◇研修場所：中津市立中津市民病院

◇プログラム

	内 容					
	10:00～	10:15 ～11:00	11:00 ～ 12:00	13:00 ～ 14:15	14:15～15:15	15:15～ 15:30
1 回目 9月25日 (木)	挨拶 看護の 動向	最近の感染管理 について	看護場面における 医療事故防止	採血・静脈注射	病院のオリエン テーション 病院見学	就業相談
2 回目	10:00 ～ 12:00			13:00 ～ 15:00		15:00 ～ 15:30
10月2日 (木)	フィジカルアセスメントと急変時の看護			口腔ケアと摂食嚥下ケアの実際		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 |