

# 平成30年度 看護職員再就業支援研修会申込書

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日		希望会場 (○をつける)	
	年 月 日 ( 歳)		鳥取会場	米子会場
住所	〒			
連絡先	電話：	携帯電話：		
免許の種類	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 養護教諭			
現在の状況	就業している ・ 就業していない			
最終退職年月	年 月	離職期間	年	
経験年数	病院		年	ヵ月
	その他		年	ヵ月
			年	ヵ月
			年	ヵ月
勤務年数合計		年 ヵ月		
ナースバンク登録	有 ・ 無 ・ 希望する			
受講の動機				
研修内容 <small>※参加される研修に○を記入して下さい。</small>	看護の動向と看護倫理	認知症を中心とした高齢者の看護		
	フィジカルアセスメント	皮膚排泄ケアを必要とする人の看護		
	感染予防対策	訪問看護に要する初歩的な知識		
	急変時の看護	交流ランチ		
	医療安全			
	口腔ケア・摂食・嚥下障害の看護			
看護技術研修会 <small>※参加される研修に○を記入して下さい。</small>	東部	月 日 ( )	身体にやさしい介助方法	
	西部	月 日 ( )	採血・点滴・注射	
		月 日 ( )	電子カルテ	
介護・福祉研修会 <small>※参加される研修に○を記入して下さい。</small>	東部	介護制度の理解		
	西部	介護・福祉施設における看護師の役割		
プラチナナースカフェ <small>※参加される研修に○を記入して下さい。</small>	東部	プラチナナースの交流カフェ		
	西部	(ハンドマッサージにヨガでリフレッシュ!他)		

※必要事項をご記入のうえ、鳥取県ナースセンターへFAXまたは郵送して下さい。

申し込み先

公益社団法人鳥取県看護協会 鳥取県ナースセンター

●住所 / 〒680-0901 鳥取県江津318-1 ●FAX/0857-25-1223