

栃木県医師会准看護師研修会開催要領

1. 目的

栃木県内の医療機関に従事している准看護師等の資質向上と、医師と准看護師の相互理解を図ることを目的とし、毎年2回程度開催する。

2. 主催

栃木県医師会

3. 期 日

平成28年2月27日（土）14時00分～16時15分

4. 会 場

KATSUTAYA 2階「コンチェルト」

大田原市中田原2082-3 TEL: 0287-23-4165

5. 受講資格

栃木県の医療機関に従事している准看護師及び医療関係者

6. 参加人数 120名

7. 修了証の授与

本研修会を通算3回受講した者には、栃木県医師会長の『栃木県医師会准看護師研修会修了証』を授与する。

8. 表 彰

本研修会を通算10回以上受講した者には、10回受講毎に栃木県医師会長から表彰状並びに記念品を授与する。

9. お問い合わせ先・申込方法

①受講希望者は別紙申込書に記入のうえ、直接栃木県医師会地域医療第一課にお申込下さい。〔郵送・FAX可〕

なお、参加者氏名は、受付名簿の作成及び参加回数確認に活用させていただきます。

②申込締切日は平成28年2月19日（金）としますが、受付は申込順に行い、定員になり次第締切ります。

〈栃木県医師会地域医療第一課〉

〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1 とちぎ健康の森4階

TEL: 028-622-2655 FAX: 028-624-5988

10. 研修内容（プログラム）

開 会 14:00

講 演 14:05～16:15

①『職場コミュニケーション～聴き方・話し方のちょっとしたコツ～』

14:05～15:05

講 師 有限会社エファ 認定トレーナー

小 林 三 曜 子 先生

②『在宅医療と看護職の役割』

15:15～16:15

講 師 小林内科外科医院 院長

小 林 伸 久 先生

閉 会 16:15

栃木県医師会 F A X 番号 : 0 2 8 - 6 2 4 - 5 9 8 8

栃木県医師会准看護師研修会 参加申込書

平成 年 月 日

医療機関名 _____ (市町名: _____)

電話番号 _____

ふ 参 加 者 が 氏 名	備考

※今回の研修会で通算3回出席となる方は備考欄に○を記入して下さい。

※申込書で得られた個人情報は、受付名簿の作成・受講回数の確認に使用いたします。