

医療機関の長 殿

介護老人保健施設・特別養護老人ホームの長 殿

関係者 各位

茨城県医師会長 小 松 満

( 公 印 省 略 )

**平成27年度茨城県医師会准看護師卒後研修会のご案内**  
**—TV会議を利用した研修会（水戸会場・日立会場・土浦会場）—**

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より本会会務運営につきまして、特段のご配慮を賜り誠にありがとうございます。

さて、本会では、「医療の高度化・専門化が進む中で看護に携わる者の資質の向上を求めるものとして、准看護師卒後研修会を開催し、准看護師のレベルアップを図る」ことを目的に、平成24年度より標記研修会を開催しております。今年度も下記のとおり開催いたしますので、ご案内申し上げます。

貴殿におかれましては、本研修会の趣旨をご了知いただくと共に、勤務している准看護師の方々の本研修会への参加を強く推奨していただけますようお願いいたします。

また、本研修会への参加者につきましては、出張扱い等のご配慮をいただければ幸甚に存じます。

なお、資料等を準備する都合上、別紙に必要事項をご記入いただき、**平成28年1月7日(木)まで**にFAX(029-243-5071)にて茨城県医師会宛てご回報くださいますようお願いいたします。

記

日 時：平成28年1月16日(土) 14時～17時(予定)

開催場所：

(メイン会場) 水戸会場：茨城県メディカルセンター1階研修講堂(水戸市笠原町489)

(サテライト会場) 日立会場：日立市医師会2階会議室(日立市東多賀町5-1-1)

(サテライト会場) 土浦会場：土浦市医師会1階会議室(土浦市東真鍋町2-39)

主 催：(一社)茨城県医師会

対 象：准看護師、学生(准看護師資格取得を目指す者)

参 加 費：無料

内 容：

講演1.「地域包括ケア時代に看護職の果たす役割～茨城県看護協会の今～」

茨城県看護協会 会長 相川三保子

講演2.「急変した患者さんの対応がわかる！できる！看護師にしかできない急変時ケア」

総合病院土浦協同病院 救命救急センター急性・重症患者看護専門看護師 上澤 弘美

講演3.「ここでよかったと言われる看取りのケア」

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 看護局長 角田 直枝

連絡事項：

- ・お車でお越しの場合は、構内駐車場をご利用ください。
- ・各会場の定員は、水戸会場：500名、日立会場：30名、土浦会場：50名となり、先着順になります。定員を大幅に超えた場合は、受講可否について茨城県医師会事務局よりご連絡いたしますので、予めご了承ください。

◆お問合せ先◆

(一社)茨城県医師会事務局 総務課

看護学院・准看護師研修会担当 荻野、須田

TEL：029-241-8446/FAX：029-243-5071

別 紙 (茨城県医師会事務局総務課荻野行き)

○送付状は、不要です。

○締め切り：平成28年1月7日(木) 厳守

○F A X：029-243-5071

### 平成27年度茨城県医師会准看護師卒後研修会 出席申込書

日 時：平成28年1月16日(土) 14時～17時(予定)

開催場所：

(メイン会場) 水戸会場：茨城県メディカルセンター1階研修講堂(水戸市笠原町489)

(サテライト会場) 日立会場：日立市医師会2階会議室(日立市東多賀町5-1-1)

(サテライト会場) 土浦会場：土浦市医師会1階会議室(土浦市東真鍋町2-39)

\*各会場の定員は、水戸会場：500名、日立会場：30名、土浦会場：50名となり、先着順になります。定員を大幅に超えた場合は、受講可否について茨城県医師会事務局よりご連絡をいたしますので、楷書にてはっきりとご記入をお願いいたします。

\*5名以上のお申し込みの場合は、お手数ですが本状をコピーしてお使いください。

| ご氏名(ふりがな)                        | 参加会場(○を付けてください) |      |      |
|----------------------------------|-----------------|------|------|
|                                  | 水戸会場            | 日立会場 | 土浦会場 |
|                                  |                 |      |      |
|                                  |                 |      |      |
|                                  |                 |      |      |
|                                  |                 |      |      |
|                                  |                 |      |      |
| 所属医療機関等名：                        |                 |      |      |
| 所属医療機関等連絡先：                      |                 |      |      |
| 郵便番号(〒            —            ) |                 |      |      |
| 住所                               |                 |      |      |
| 代表申込者名：                          |                 |      |      |
| TEL                              |                 | FAX  |      |

\*県医師会事務局記入

受付日：平成    年    月    日  
通し番号：