

長年にわたり
多くの患者さんと家族を
支え続けているからこそ伝えられる



“ひき算の緩和ケア”

- 日時 : 令和元年 12月7日(土) 13:30~16:30
- 会場 : 大阪府看護協会 マルイトOBPビル 8階 (11月移転予定)
540-0001 大阪府中央区城見2-2-22
- 対象 : 看護職・介護職・大阪府民
- 定員 : 100名 (非会員の方も受講いただけます)
- 受講料 : 会員 1,870円 非会員 3,740円 (共に税込)
- 講師 : 講演① ひき算の緩和ケア～認知症高齢者の看取り～
医療法人拓海会神経内科クリニック
理事長 藤田 拓司 氏
講演② 在宅での実際～訪問看護師の立場から～
拓海会訪問看護ステーション
管理者 在宅看護専門看護師
大杉 花 氏
- 募集期間 : 令和元年 8月15日(木)～9月30日(月)
- 申込方法 : FAX ※応募多数の場合は、先着順とさせていただきます
- 受講決定 : 10月中旬に郵送



藤田 拓司 氏



公益社団法人
大阪府看護協会

【お問合せ先】地域包括ケア事業部 担当:福田・梶山
TEL 06-6964-5000 (月～金 9:00～17:00)

● 裏面の研修申込書をご記入の上、FAXにてお送りください ●

● ○ ● FAX送信票 ● ○ ●

大阪府看護協会 地域包括ケア事業部 行き

FAX : 06-6964-5001

大阪府看護協会 研修申込書

▼協会記入欄	コース名※I 申込書/I コース	<input type="checkbox"/> 会員 大阪府会員番号	<input type="checkbox"/> 非会員	職能(資格)
No.605	地域で看取り研修	継続手続き中の方も会員番号を記載して下さい。 新規入会手続き中の方は手続き中と記入して下さい。		<input type="checkbox"/> A 保健師 <input type="checkbox"/> B 助産師 <input type="checkbox"/> C 看護師 <input type="checkbox"/> D 准看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()
				ふりがな 氏名
ふりがな				所属部署名 (必ずご記入ください)
勤務先名				
勤務先住所 電話番号 FAX 番号	〒 - TEL : () FAX : ()			
自宅住所 電話番号	〒 - TEL : () (日中、連絡が付きやすいご連絡先をご記入ください)			
※書類送付先：原則としてご勤務先へ送付致します。部署名まで必ずご記入願います。 看護協会に個人会員としてご登録頂いている皆様は、ご自宅への送付となります。				
注意事項	・各勤務先で複数名が申し込まれる場合は、必ず優先順位をつけて下さい。 先着順で定員がオーバーした場合は、優先順位上位者の方から調整させていただきます。同じ勤務先から複数名申し込まれる場合は、この研修申込書をコピーしてご利用ください。 ・大阪府内在住もしくは、勤務の方を対象とした研修となります。			()位/ ()名中
この研修で「こんなことが聞きたい」ということがありましたら、下記にご記入下さい。				

◎ 記入上の注意
 各欄の該当するところに✓印をつけてください。
 会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人がご記入願います。

● ○ ● 申込締切日：令和元年9月30日(月) 必着 ● ○ ●

*個人情報の取扱いについて：本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。