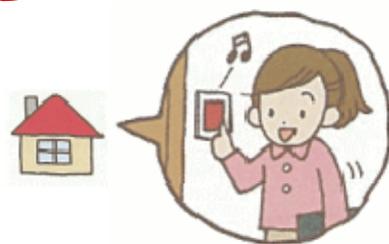


# 潜在看護師のための 訪問看護研修会

結婚や出産、育児、ご主人の転勤などの都合で看護の仕事から離れている方を対象に、訪問看護の場での職場復帰を目的とした研修会を開催します。訪問看護ステーションへの就職についても相談に応じます。



日時

平成29年7月18日(木)~20日(木) 3日間  
全日程参加できない方もご相談ください

場所

砂川市地域交流センターゆう  
砂川市東3条北2丁目3-3

対象者

看護師・保健師免許をお持ちで  
現在職場を離れている方

定員

20名

〔プログラム〕

受講料

無料

託児

無料 要予約

小さなお子さんがいらっしゃる方のために、当日託児室を用意しています。



申込締切  
6月20日  
(火)

裏面の申込用紙をご利用ください  
お申込・お問い合わせはこちら

日程	時間	内容
1日目 (7/18)	9:30~	受付
	9:50~10:00	開講式・オリエンテーション
	10:00~12:10	講義(休憩あり)
	12:10~13:00	昼食
	13:00~14:30	講義
	14:40~15:30	見学・実習のオリエンテーション
2日目 (7/19)	午前または午後 (9:00~16:00 の内3時間程度)	訪問看護ステーション見学・実習
3日目 (7/20)	9:30~12:10	講義(休憩あり)
	12:10~13:10	昼食
	13:10~15:00	全体会

一般社団法人 北海道総合在宅ケア事業団

TEL:011-281-2120 FAX:011-281-2165

http://hgghi.or.jp E-mail: r-nagano@hgghi.or.jp

【後援】：北海道、砂川市、一般社団法人北海道医師会、公益社団法人北海道看護協会

# 潜在看護師のための訪問看護研修会 参加申込書

一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団  
事務局担当者あて  
F A X : 0 1 1 - 2 8 1 - 2 1 6 5

ふりがな																																					
お名前	(生年月日 年 月 日生)																																				
ご住所	〒																																				
ご連絡先	T E L : ご自宅 携帯電話 F A X :																																				
離職期間	年 カ月																																				
託児の希望	なし ・ あり( 人)																																				
託児を希望する お子さんの状況 生年月日は必須です	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%; padding: 5px;">(ふりがな) 名 前</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">年 齢</th> <th style="width: 10%; padding: 5px;"></th> <th style="width: 40%; padding: 5px;">病気等の有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">( )</td> <td style="padding: 5px;">年 月 日生 ( 歳)</td> <td style="padding: 5px; vertical-align: middle;">有・無</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">( )</td> <td style="padding: 5px;">年 月 日生 ( 歳)</td> <td style="padding: 5px; vertical-align: middle;">有・無</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">( )</td> <td style="padding: 5px;">年 月 日生 ( 歳)</td> <td style="padding: 5px; vertical-align: middle;">有・無</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table>			(ふりがな) 名 前	年 齢		病気等の有無	( )	年 月 日生 ( 歳)	有・無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table>	病名		薬		アレルギー		( )	年 月 日生 ( 歳)	有・無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table>	病名		薬		アレルギー		( )	年 月 日生 ( 歳)	有・無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table>	病名		薬		アレルギー	
(ふりがな) 名 前	年 齢		病気等の有無																																		
( )	年 月 日生 ( 歳)	有・無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table>	病名		薬		アレルギー																													
病名																																					
薬																																					
アレルギー																																					
( )	年 月 日生 ( 歳)	有・無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table>	病名		薬		アレルギー																													
病名																																					
薬																																					
アレルギー																																					
( )	年 月 日生 ( 歳)	有・無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%; padding: 5px;">病名</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">薬</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">アレルギー</td><td style="padding: 5px;"></td></tr> </table>	病名		薬		アレルギー																													
病名																																					
薬																																					
アレルギー																																					

参加の方全員損害保険に加入いたしますので個人情報の詳細をお聞きます。  
当該事業に限り使用します。