

公益社団法人 岡山県看護協会 会長 様	
<b>在宅ケアアドバイザー派遣申込書 【初回】</b>	
令和 年 月 日	
施設名／代表者名	施設名 ／代表者名
申込者名	※看護職（会員の方がおられる施設の場合は、会員の方がお申し込みください）
連絡先	住所 〒 ※実施場所が異なる場合は、「その他」の欄に実施場所をご記入ください
	TEL : FAX :
	Eメール :
希望する研修方法 (希望するものに○)	事例検討 ・ 研修会 / 対面 ・ オンライン
相談したい内容 聞きたい内容	
アドバイザー 希望分野 (該当するものに○)	<b>【専門看護師】</b> 1. がん看護 2. 精神看護 3. 小児看護 4. 母性看護 5. 慢性疾患看護 6. 急性・重症患者看護 <b>【認定看護師】</b> 1. 救急看護 2. 皮膚・排泄ケア 3. 集中ケア 4. 緩和ケア 5. がん化学療法看護 6. がん性疼痛看護 7. 感染管理 8. 糖尿病看護 9. 透析看護 10. 手術看護 11. 乳がん看護 12. 摂食嚥下障害看護 13. 認知症看護 14. 脳卒中リハビリテーション看護 15. がん放射線療法看護 16. 慢性呼吸器疾患看護 17. 慢性心不全看護 18. 訪問看護 19. 新生児集中ケア 20. 小児救急看護 <b>【特定行為研修を修了した認定看護師】</b> 1. 基本モデル 2. 在宅ケアモデル 3. 救急・集中ケアモデル 4. 創傷管理モデル 感染管理モデル・領域
希望日時	第1希望 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第2希望 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第3希望 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
参加人数及び 参加者の職種	看護職 介護職 リハビリ職 ケアマネジャー 人 (予定) その他 ( ) ※該当するものに○
その他	★ご希望等ありましたらご自由にお書きください。 ★実施場所が上記連絡先と異なる場合は、こちらにご記入ください。

＜申込先＞公益社団法人 岡山県看護協会 在宅支援推進委員会（地域包括ケア推進室）

TEL : 086-226-3638 / FAX : 086-226-1157