



福岡医発第 1113 号 (地)

令和元年 7 月 19 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻 一 良

(公 印 省 略)

令和元年度 (第 41 回) 看護師卒後研修会

「看護実践②」の開催について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では、昭和 54 年度より看護業務、看護教育に携わる者に対して、卒後の研鑽の機会を与え、看護職員の資質の向上を図ることを目的として、標記研修会を開催しております。

今回は、先に日程が確定した「看護実践②」の開催についてご案内させていただきます。本コースは、看護職として必要な知識や技術、態度等の基本的な臨床実践能力の修得に向けた研修を実施し、看護の向上に寄与することを目的としております。

つきましては、別添のとおり募集要項等をお送りいたしますので、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、福岡県内の全ての病院及び医師会立看護学校には本会より直接案内をさせていただいておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

学術担当理事 権藤秀之
会長 島田昇二郎

令和元年度（第 41 回）看護師卒後研修会募集要項 「看護実践②」

1. 目 的

看護職として必要な知識や技術、態度等の基本的な臨床実践能力の修得に向けた研修を実施し、看護の向上に寄与することを目的とする。

2. 主 催

福岡県医師会

3. 開催期日

日にち	10：00～12：00	13：00～15：00
8月10日 (土)	「医療安全・感染対策」において 注意すべき薬剤使用上のポイント」 元慶應義塾大学薬学部実務薬学講座 教授 木津 純子 先生	「患者や同僚と良好な人間関係を築くために(仮)」 福岡県立大学教授 上野 行良 先生
9月1日 (日)	「今さら聞けない臨床検査の基本」 ～血液検査・検尿・胸写・心電図～ 岩本クリニック院長 岩本 拓也 先生	「看護師のためのアンガーマネジメント ～怒りの感情をコントロールするために～」 日本アンガーマネジメント協会 光前 麻由美 先生
9月14日 (土)	「認知症に関する基礎知識」 福岡県介護支援専門員協会常任理事 川島 豊輝 先生	「医療機関における接遇と コミュニケーションのあり方」 元日本航空国際線客室乗務員 寺坂 麻智子 先生
10月5日 (土)	「知っておきたい基本的なフィジカルアセスメント ～今から使えるフィジカルアセスメント～」 大分県立看護科学大学教授 藤内 美保 先生	

4. 定員

各日程 100 名 ※各日程定員になり次第申込を締め切り。

5. 対 象 者

専門職業人として新しい知識・技術の修得に努めたいと考えている者

6. 開催場所

福岡県医師会館 〒812-8551 福岡市博多区博多駅南 2-9-30 TEL：092-431-4564

7. 申 込

(1) 受講希望者は、申込用紙（様式 2）に記入の上、下記にお申込み下さい。

なお、受講希望の日付に必ず○を付けてください。

(2) 申込期限 各開催日の1週間前迄 ※定員になり次第申込を締め切ります。

【申込書類提出先】 郵送のみの受付となります。

公益社団法人福岡県医師会 地域医療課看護係

(住所) 〒812-8551 福岡市博多区博多駅南 2-9-30 4F

(電話) 092-431-4564 (FAX) 092-411-6858

8. 受講者決定通知

申込用紙が届き次第、順次決定通知を施設長と各個人にお送り致します。

ただし、各コース定員になり次第申し込みを締め切らせていただきますので、ご注意ください。

9. 受講料

(1) 1,000 円／日

※お釣りのないようご準備をお願いします。

※会場にて徴収の上、領収証をお渡しいたします。

10. 受講証明書

1日（午前・午後）受講された方には研修会終了後に受講証明書を配布いたします。

11. その他

福岡県医師会看護師卒後研修会「看護実践②」は新人看護職員研修も含みます。

【様式 2】

令和元年 月 日

福岡県医師会長 殿

施設名 _____

施設長 _____

令和元年度（第 41 回）看護師卒後研修会の受講者推薦について

第 41 回看護師卒後研修会の受講者として、下記のとおり推薦いたします

↓ 受講を希望する日程に「○」を記入

	8/10 (土)	「医療安全・感染対策において注意すべき薬剤使用上のポイント」 「患者や同僚と良好な人間関係を築くために」
	9/1 (日)	「今さら聞けない臨床検査の基本」 「看護師のためのアンガーマネジメント」
	9/14 (土)	「認知症に関する基礎知識」 「医療機関における接遇とコミュニケーションのあり方」
	10/5 (土)	「知っておきたい基本的なフィジカルアセスメント」
ふりがな 受講者氏名・年齢	(歳)	
役 職		
施 設 名		
施 設 住 所	〒	
電 話 番 号		
経 験 年 数	看護師 (年)・准看護師 (年) 保健師 (年)・助産師 (年) その他 (年)	