

栃木県医師会准看護師研修会開催要領

1. 目的 栃木県内の医療機関に従事している准看護師等の資質向上と、医師と准看護師の相互理解を図ることを目的とし、毎年１回程度開催する。
2. 主催 栃木県医師会
3. 日時 令和元年１１月９日（土）１４時００分～１６時１５分
4. 会場 とちぎ健康の森１F「大会議室」（宇都宮市駒生町 3337-1）
5. 対象者 栃木県の医療機関に従事している准看護師、医療関係者等
6. 定員 ８０名
7. 表彰 ①本研修会を通算３回受講した者には、栃木県医師会長の『栃木県医師会准看護師研修会修了証』を授与する。
②本研修会を通算１０回以上受講した者には、１０回受講毎に栃木県医師会長から表彰状並びに記念品を授与する。
8. お申込 受講希望者は別紙申込書に記入のうえ下記宛先にお申込下さい。
なお、参加者氏名は、受付名簿の作成及び参加回数確認に活用させていただきます。〔郵送・FAX 可〕

【お問い合わせ】

栃木県医師会地域医療第一課

〒320-8503 宇都宮市駒生町 3337-1 とちぎ健康の森 4 階

TEL：028-622-2655 FAX：028-624-5988

9. プログラム

開会 １４：００

講演 １４：０５～１６：１５

- ① 『医療現場におけるハラスメントについて』 (14:05～15:05)

公益社団法人栃木県看護協会常任理事

渡 邊 芳 江 先生

- ② 『医療現場で必要な対応技術

～対応技術の習得が依頼関係を向上させる～』 (15:15～16:15)

有限会社エファ代表取締役

菊 地 理 恵 先生

閉会 １６：１５

栃木県医師会准看護師研修会 参 加 申 込 書

(申込期限：11月1日)

申込日 令和 年 月 日

医療機関名 _____
〒 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

	ふ り が な	備 考
	参 加 者 氏 名	
1	(旧姓：)	
2	(旧姓：)	
3	(旧姓：)	
4	(旧姓：)	
5	(旧姓：)	

※申込書で得られた個人情報、受付名簿の作成・受講回数の確認に使用します。

※本研修会を通算3回の受講で『修了証』、通算10回以上の受講で表彰状・記念品(10回受講毎)を授与します。通算受講歴の確認のため、旧姓の記載に可能な範囲でご協力願います。

【お問い合わせ】

栃木県医師会 地域医療第一課

TEL : 028-622-2655

FAX : 028-624-5988