

(公 印 省 略)
兵 訪 看 連 協 発 第 40 号
平 成 30 年 9 月 20 日

各位

一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会
会長 空地 顕一
訪問看護質向上委員会
委員長 稲葉 典子

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおける ガイドライン」研修会（ご案内）

日頃より、本会活動にご理解・ご協力を賜わり、厚くお礼申し上げます。
このたび、訪問看護質向上委員会では在宅での看取りにかかわる訪問看護ステーションが、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」について学び、在宅療養の現場で活用することができるかを検討する研修を企画しました。多数の皆様のご参加をお待ちしております。

記

日 時 平成 30 年 11 月 10 日（土） 13：30 ～ 16：00（受付 13：00 ～）

会 場 兵庫県看護協会 3 階 研修室 3
（地下鉄 県庁前駅下車 西出口 4 から徒歩 1 分、JR・阪神線 元町駅下車 山手へ徒歩 8 分
阪急線 神戸高速花隈駅下車 東北へ徒歩 6 分）

内 容 1. 講義：地域で取り組むアドバンスケアプランニング～「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」を踏まえた支援とは～
講師：医療法人拓海会大阪北ホームケアクリニック 院長 白山 宏人 氏
2. グループワーク「従事者または事業所としてガイドラインをどう活かすか」

対 象 者 訪問看護ステーション、病院・診療所・施設の看護師、管理者、事務部門職員、リハビリテーションスタッフ、介護職員、ケアマネジャー等

定 員 100 名（※定員超過でお断りする場合のみ、事務局からご連絡致します）

参 加 費 会員（団体会員を含む）：無料 非会員：1,000 円

申込方法 裏面参加申込書（コピー可）を事務局まで FAX または郵送で送付ください。
施設名、連絡先の異なる場合は申込用紙を分けてください。
◎非会員の方は参加費を裏面指定の口座にお振込みください。
※申込締切および参加費納入期日は平成 30 年 11 月 2 日（金）です。

問合せ先 一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 事務局
TEL：078-371-4165 FAX：078-361-6652
〒650-0011 神戸市中央区下山手通 5 丁目 6-24 兵庫県看護協会ビル 5 階

FAX の場合送信票は不要です

一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」研修会 参加申込書	
申込書送付先	FAX 078-361-6652
	住所 〒650-0011 神戸市中央区下山手通5丁目6番24号
申込締切	平成30年11月2日(金)

施設名		
連絡先	TEL	FAX
入会状況 *入会団体にチェックをして下さい。	<input type="checkbox"/> 兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 <input type="checkbox"/> 会員団体 (県医師会、県看護協会、県理学療法士会、 県作業療法士会、県言語聴覚士会、県介護支援専門員協会、 県薬剤師会、県栄養士会、県歯科医師会、県歯科衛生士会、 県介護福祉士会)	会員・非会員 左記団体の会員 or 非会員 を○で囲んで下さい。
1. 申込者 (代表)	(フリガナ)	役職：管理者/所長/スタッフ/その他() 職名：訪問NS / NS / CM / PT / OT / ST / DR /介護職員/その他()
2. 申込者	(フリガナ)	役職：管理者/所長/スタッフ/その他() 職名：訪問NS / NS / CM / PT / OT / ST / DR /介護職員/その他()
3. 申込者	(フリガナ)	役職：管理者/所長/スタッフ/その他() 職名：訪問NS / NS / CM / PT / OT / ST / DR /介護職員/その他()
4. 申込者	(フリガナ)	役職：管理者/所長/スタッフ/その他() 職名：訪問NS / NS / CM / PT / OT / ST / DR /介護職員/その他()
※非会員の方のみ	参加費 振込予定	____月____日 (振込済 ・ 振込予定)
	振込金額	非会員 1,000 円 × () 人 = () 円 合計 円

☆申込方法 参加申込書(コピー可)を事務局までお送りください。

施設名、連絡先の異なる場合は申込用紙を分けてください。

◎非会員の方は参加費を下記の口座にお振込のうえ、当日は振り込み控え(コピー可)をご持参ください。

* 申込締切および参加費納入期日は平成30年11月2日(金)です。

* 定員に達し次第、締切とさせていただきます。

* 定員超過でお断りする場合のみ、事務局からご連絡致します。

振込先：ゆうちょ銀行 00940-6-280962 一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会

* 通信欄には、施設名・申込者名・研修名を必ずご記入ください。

* 恐れ入りますが、振込手数料は申込者様でご負担ください。

* お振込いただいた参加費は、原則としてお返し致しかねますので、ご了承ください。