**2025年度 訪問看護技術研修（カスタム）**

様式A

**申込書**

**応募期間：4月26日(土)～12月26日（金）13時まで**

（カスタム研修の開催期間：7月頃～1/23までの随時）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

**FAX番号：0744-25-8442**

**【申込情報の記載】**　ホームナーシングセンター2階（来館）の演習

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望者の氏名 | 会員No.  または非会員 | ☆おおよその希望日時  （曜日や時間） | ★演習内容に  番号○をつける | 講師の要・不要  に○をつける |
| 記載 見本1）  奈良 花子 | 765432 | 7月～10月  火または木：15～17時 | ① ② ③ ④  ⑤(　　　 ) | 要 ・ 不要 |
| 記載 見本2）  藤原 京子 | 非会員 | 9月～10月  いつでも：17～18時30分 | ① ② ③ ④  ⑤(① ②) | 要 ・ 不要 |
|  |  |  | ① ② ③ ④  ⑤(　　　 ) | 要 ・ 不要 |
|  |  |  | ① ② ③ ④  ⑤(　　　 ) | 要 ・ 不要 |
|  |  |  | ① ② ③ ④  ⑤(　　　) | 要 ・ 不要 |
|  |  |  | ① ② ③ ④  ⑤(　　　) | 要 ・ 不要 |

　　　　　　　　　☆希望日時：調整後に日時決定となりますので、ご了承ください。

★演習内容：①輸液管理(静脈注射・ポート穿刺)

　　　　　　　　　　　② 排泄ケア(膀胱留置カテーテル・ストマ管理）

③ 気管切開管理(気管孔の管理・吸引等）

　　　　　　　　　　　　　　　④ 栄養管理(胃瘻・経管栄養管理)

　　　　　　　　　　　　　　　⑤ 会場＆シミュレーター使用（内容①～④など）

連絡先：公益社団法人奈良県看護協会　訪問看護総合支援センター

橿原市四分町252-1　 TEL:0744-25-8441　　FAX:0744-25-8442

　　　　Mail：itoh@nara-houkanshien.jp