



# 訪問看護体験研修



## 対象

訪問看護に関心がある専門職や学生(高校生、看護学生など)、  
訪問看護師、訪問看護管理者、医療機関等の看護管理、監督職

受講者の経験、知識、技術に応じた研修コースを準備しています。

## <研修コース>

**研修費無料 申し込み10月末まで**

### ①体験コース 1日・半日

訪問看護ステーション内や訪問に同行して実際に訪問看護を見学することで、訪問看護の仕事や地域で暮らす自宅療養者の生活を知ることができる体験プログラムです。

### ②実践コース 1日

訪問看護にすでに従事している方がスキルアップのために他事業所での実践を体験するプログラムです。

### ③管理コース

訪問看護の管理者を目指している方、すでに管理者として従事している方、医療機関で管理監督職にを対象として、訪問看護の事業運営や人材育成、地域包括ケアシステムを多角的に捉えるためのマネジメントプログラムです。

※ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大等の状況によっては、研修を中止、延期する場合がございます。

**裏面の申し込み用紙に記入して  
FAXでご応募ください**

**FAX : 072-684-6792**

大阪医科薬科大学訪問看護ステーション (担当: 林 佳美 )  
〒569-8686 高槻市大学町2-7  
TEL 072-684-6776 FAX072-684-6792

申し込み日

2023年 月 日

大阪府訪問看護実践研修事業  
(教育ステーション)

## 訪問看護体験研修 申込書

ふりがな 氏名			男 ・ 女	生年月日	
				昭和 平成	年 月 日 生
所属	※有職者の方は勤務先、職位をご記入ください。学生の方は学校名をご記入ください。				
住所 連絡先	〒				
	TEL :		(内線 : )		
	FAX :				
※緊急連絡先 (研修当日にも連絡可能な連絡先)					
下記の項目にご記入ください (該当するものに○、またはご記入ください)					
資格	看護師	准看護師	保健師	その他 ( )	
経験年数	看護職経験 :		年		
	病棟経験 :		年		
	訪問看護ST経験 :		年		
	その他の経験 :		年		
離職期間	通算 :		年		
希望コース (○をつけて ください)	( )	体験コース	半日間	希望ST	
	( )	体験コース	1日間	あれば2カ所まで	
	( )	実践コース	1日間	希望日程	月 日 ( )
	( )	管理コース	1日間		月 日 ( )
体験してみたいこと。					
質問等					

※お預かりした個人情報は、教育ステーション事業の円滑な運営以外の目的で利用することはありません。

申し込み先 大阪医科薬科大学訪問看護ステーション

**FAX : 072-684-6792**