



日本慢性期医療協会 (指定研修機関番号:1513001)

第5回看護師特定行為研修指導者講習会

当協会では、平成27年の制度施行と同時に国の指定研修機関として看護師特定行為研修を開講し、すでに100名近くの修了者を輩出しております。看護師特定行為研修は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に備えて、医師又は歯科医師の手順書により、一定の診療の補助(特定行為)を実施できる看護師を育成していくことを目的としており、指定研修機関には、適切な指導体制を整えることが求められております。

そこで当協会では、下記のように「指導者講習会」を開催いたします。看護師特定行為研修制度の趣旨および内容等を熟知した指導者を養成することにより、より充実した実習指導体制の強化を目指してまいりますので、是非、ご参加ください。

指導者講習会の受講は、現在のところ指導者の必須要件ではありません。しかし、将来的には、その受講が指導者となる要件の一つとなるであろうことが予想されます。当協会では、看護師特定行為研修を修了した看護師であっても臨床実習を指導する医師をサポートする場合には、指導者講習会を受講していることを条件と考えておりますので、是非、ご参加ください。

【開催概要】

- ◇日 程 平成30年2月17日(土) 9:50~17:10
- ◇場 所 東京研修センター(日本慢性期医療協会併設)
東京都新宿区富久町11-5シャトレ市ヶ谷2階 <http://www.tky-kensyu.jp/>
- ◇参加対象 特定行為研修の指導者となる医師または特定行為研修を修了した看護師など医師の指導をサポートするのにふさわしいと認められる者
※実習の指導体制には医師の指導者は必須です。看護師などコメディカルだけの指導体制は認められません。
- ◇定 員 80名
- ◇ランチョンセミナー(予定) 超音波スキャナ(血管穿刺専用エコー)について
- ◇参加費 当協会会員施設からの参加 5,000円/1名
当協会会員以外の施設からの参加 10,000円/1名
- ◇修了証 本講習会の全日程を修了した参加者に「修了証」を交付いたします。
- ◇申込締切 平成30年1月15日(月)
- ◇申込方法 別紙「参加申込用紙」に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。
- ◇主 催 一般社団法人 日本慢性期医療協会
〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5シャトレ市ヶ谷2階
TEL.03-3355-3120 FAX.03-3355-3122
E-mail: info@jamcf.jp ホームページ <http://jamcf.jp>

*本講習会の研修内容は、「看護師の特定行為研修に係る実習等の指導者研修の開催の手引き」に基づいております。

*指導医の第一の要件は、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」の修了です。まだ受講されていない医師の先生方におかれましては、積極的な受講をお勧めいたします。



FAX 送信方向 FAX. 03-3355-3122 (日本慢性期医療協会)

第5回看護師特定行為研修指導者講習会 参加申込用紙

(参加人数に応じ、本紙をコピーしてお申し込みください。)

〔申込締切〕平成30年1月15日(月)

〔参加要件〕特定行為研修の指導者となる医師または特定行為研修を修了した看護師など医師の指導をサポートするのにふさわしいと認められる者

※実習の指導体制には医師の指導者は必須です。看護師などコメディカルだけの指導体制は認められません。

- ・2月上旬頃、連絡担当者様あてに参加費請求書をお送りいたします。
- ・宿泊・交通の手配等は、各自でお願いいたします。

※満席の場合は、本参加申込用紙を受信後、平日3日以内にご連絡いたします。

下記に必要事項をご記入の上、該当する口にチェック✓をお願いいたします。

施設名 _____

住 所 _____ (〒 -)

TEL. _____ FAX. _____

連絡担当者 _____ 部署 _____

E-mail _____ @ _____

ふりがな 参加者氏名				(<input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性)
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	(歳)	
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()			
免許取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月	臨床経験年数	年
専攻科(得意とする分野)	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 ()			
【医師の場合】 指導医講習会の 受講経験	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ↓ 受講年：平成__年(主催者の名称：)			
【看護師の場合】 看護師特定行為研 修の修了の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ↓ 指定研修機関の名称：() 修了年：平成__年 認定番号： _____			