

平成 30 年度研修会開催のご案内

きちんと学び、明日につなげよう！

訪問看護師ができる「災害時の支援」

下記のとおり開催いたします。ふるってご参加ください。

開催日時 平成 30 年 9 月 8 日(土) 9:30~16:30 (受付 9:00~)

会場 愛知県看護協会 1階 T1-A
〒466-0054 名古屋市昭和区円上 26-15

内容及び講師

時間	内容	講師
9:35 ~ 9:55	ミニセミナー 災害時の停電について	中部電力株式会社
10:00 ~ 12:00	講義 災害に備え準備しておくべきこと 発災時~72 時間までの動き 72 時間以降の地域での役割	愛知医科大学 看護学部 在宅看護学 准教授 佐々木 裕子氏
13:00 ~ 16:30	グループワーク (想定事例検討) 想定事例から状況を理解し 地域の特性に応じた対応を導き出す 質疑応答	愛知医科大学 看護学部 在宅看護学 准教授 佐々木 裕子氏 災害ボランティアに携わる方々

参加定員 50名

受講料 会員 1,500円 非会員 7,000円

申込み方法 参加申込書にて必要事項をご記入の上、7月25日(水)までに FAX にてお申し込み下さい。申込期限後、受講可否の連絡を差し上げます。

申込先 一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会

FAX 052-746-6011 ※番号が変更となっております

連絡先 一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会

TEL 052-746-6007 FAX 052-746-6011

E-MAIL aichi-visiting-ns@aichi-vnc.jp

申込期限：平成30年7月25日(水)

F A X 送 信 票		送信日	年	月	日
発信先	一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会				
FAX 番号	※番号変更 052-746-6011				

平成30年度災害研修参加申込書

○平成30年度災害研修への参加を希望します。

(フリガナ) 施設名			
会員番号		管理者名	
電話番号		FAX 番号	
Eメール			
所属施設の 住所	市・町 ----- 名古屋市	区	自地域は地震の際の津波被害が (想定される・想定されない)

○参加される方をご記入ください。

※申し込み多数の場合は、人数の制限をさせていただく可能性がありますので
優先順位でご記入ください。

優先順位	氏名	職種	受講結果
1			可 ・ 不可
2			可 ・ 不可
3			可 ・ 不可

○申し込み期限後、受講結果を FAX でお知らせいたしますので、お振り込みをお願いいたします。一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。
※様式は当協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

(連絡先)

一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011

申込期限：平成30年7月25日(水)

F A X 送 信 票		送信日	年	月	日
発信先	一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会				
FAX 番号	※番号変更 052-746-6011				

平成30年度災害研修参加申込書

○平成30年度災害研修への参加を希望します。

(フリガナ) 施設名			
住所			
封筒宛名 貼付ラベル番号	(4桁)	管理者名	
電話番号		FAX 番号	
Eメール			
所属施設の 住所	市・町 名古屋市	区	自地域は地震の際の津波被害が (想定される・想定されない)

○参加される方をご記入ください。

※申し込み多数の場合は、人数の制限をさせていただく可能性がありますので

優先順位でご記入ください。

優先順位	氏名	職種	受講結果
1			可 ・ 不可
2			可 ・ 不可
3			可 ・ 不可

○申し込み期限後、受講結果を FAX でお知らせいたしますので、お振り込みをお願いいたします。一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。

※様式は当協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

(連絡先)

一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会

TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011

申込期限：平成30年7月25日(水)

F A X 送 信 票		送信日	年	月	日
発信先	一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会				
FAX 番号	※番号変更 052-746-6011				

平成30年度災害研修参加申込書

○平成30年度災害研修への参加を希望します。

(フリガナ) 施設名			
会員番号		管理者名	
電話番号		FAX 番号	
Eメール			
所属施設の 住所	市・町 ----- 名古屋市 区	自地域は地震の際の津波被害が (想定される・想定されない)	

○参加される方をご記入ください。

※申し込み多数の場合は、人数の制限をさせていただく可能性がありますので

優先順位でご記入ください。

優先順位	氏名	職種	受講結果
1			可 ・ 不可
2			可 ・ 不可
3			可 ・ 不可

○申し込み期限後、受講結果を FAX でお知らせいたしますので、お振り込みをお願いいたします。一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。

※様式は当協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

(連絡先)

一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011

申込期限：平成30年7月25日(水)

F A X 送 信 票		送信日	年	月	日
発信先	一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会				
FAX 番号	※番号変更 052-746-6011				

平成 30 年度災害研修参加申込書

平成 30 年度災害研修への参加を希望します。

(フリガナ) 施設名					
会員番号			管理者名		
電話番号			FAX 番号		
Eメール					
所属施設の 住所	市・町		自地域は地震の際の津波被害が (想定される・想定されない)		
	名古屋市 区				

参加される方をご記入ください。

※申し込み多数の場合は、人数の制限をさせていただく可能性があります。

職 種	氏 名

○申し込み期限後、受講結果を FAX でお知らせいたしますので、お振り込みをお願いいたします。一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。

※様式は当協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

(連絡先)

一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011