

2019年度

「他施設新人看護職員研修」のお知らせ

旭川医科大学病院看護部では、平成31年度「他施設新人看護職員研修」を下記の日程で開催しますのでご案内いたします。

患者一人ひとりに質の高い看護サービスを提供するために、共に学ぶ機会にしたいと考えています。ぜひご参加ください。

- 1) 研修日程：①4月23日（火） ②5月14日（火）
 ③5月24日（金） ④7月5日（金）
 9：00～15：30
- 2) 研修内容：詳細は研修プログラム一覧をご覧ください
- 3) 研修場所：旭川医科大学病院内
- 4) 対 象：**免許取得後、2019年度に初めて看護職として就業する
 新人看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）**
- 5) 募集人数：18名
- 6) 申込方法：申込書に記載し、メール・FAXまたは郵送でお申し込み
 ください
- 7) 申込締切：2019年4月4日（木）17時

*実施要項、申込書は次ページをご覧ください。

2019年度 他施設新人看護職員研修実施要項

1. 目的 安全で質の高いケアを提供するために必要な知識・技術を習得する
2. 目標 1) 根拠に基づき安全・安楽を考えた看護技術を習得する
2) 患者の特性やニーズに応じたアセスメントの重要性がわかる
3. 日時 4月23日(火) 5月14日(火)
5月24日(金) 7月5日(金)
9:00~15:30
4. 対象 免許取得後、2019年度に初めて看護職として就業する新人看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)
*研修内容や受講者の状況を把握し、自施設との違いに戸惑わないようサポートすることを目的に、教育担当者の方も一緒に参加することを望みます
5. 定員 18名(定員を超える場合は調整させていただきます)
6. 場所 旭川医科大学病院
2F 臨床シミュレーションセンター
3F 看護部多目的室
7. 内容 別紙の研修プログラム参照
8. 申込方法 申込書に必要事項を記載し、メール・FAX・郵送のいずれかの方法で
4月4日(木) 17時までお申し込みください
受講が決まりましたらお知らせいたします

<申し込み先>

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院 看護部

看護職キャリア支援職場適応支援担当 菊地美登里 尾形千悦

TEL : (0166) 69-3604 (看護部事務室)

FAX : (0166) 69-3609

E-mail : mk3228@ asahikawa-med.ac.jp

2019年度

他施設新人看護職員研修プログラム一覧

研修日程	研修項目	時間	募集人数	講師 指導者
4月23日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ・皮下注射 ・筋肉注射 ・末梢点滴静脈注射 	9:00～15:30	18名	8名
5月14日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ・吸引(口腔、鼻腔、気管) ・輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理 ・膀胱留置カテーテルの挿入と管理 	9:00～15:30	18名	8名
5月24日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急の実際 【救急看護認定看護師】 ・インスリン療法における看護 【糖尿病看護認定看護師】 ・麻痺患者のポジショニングと体位変換 【脳卒中リハビリテーション看護認定看護師】 	9:00～15:30	18名	8名
7月5日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡の看護 【皮膚排泄ケア認定看護師】 ・摂食嚥下障害看護 【摂食嚥下障害看護認定看護師】 ・心電図装着における看護 【集中ケア認定看護師】 ・気管挿管の介助 【急性・重症患者看護専門看護師】 	9:00～15:30	18名	8名

上記研修項目は、講義と演習を組み合わせで行います

2019年度 他施設新人看護職員研修 申込書

旭川医科大学病院 看護部 看護職キャリア支援

職場適応支援担当 菊地美登里・尾形千悦 行

(FAX : 0166-69-3609)

参加施設名	TEL : FAX :
施設住所	
代表者氏名	

*希望する研修日に○をつけ、免許種別をご記入ください。

*現時点で免許取得年月日がわかる方はご記入ください。

(不明の方については、わかり次第お知らせください)

*参加者氏名にふりがなをつけてください

	ふりがな 参加者氏名	4/23 (火)	5/14 (火)	5/24 (金)	7/5 (金)	免許種別	免許取得年月日	看護職員としての 採用年月日
1								
2								
3								
4								
5								
6								

*定員を超える場合は調整させていただきます。

教育担当者の参加

研修内容や受講者の状況を把握し、自施設との違いに戸惑わないようサポートすることを目的に、一緒に参加することを希望します。

教育担当者 氏 名	
--------------	--