

平成 30 年 8 月吉日

関係各位

神奈川県医師会
在宅医療トレーニングセンター

「もう一度基本を確認。安全に行う血管確保(静脈注射)技術」開催について

平素より本会活動につきましては、格別なご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度下記の日程で研修会を企画致しました。今回は、在宅医療に関わる医師・歯科医師・看護師を対象に皮下注射・筋肉注射と採血の知識と技術向上を目的とした研修を行ないました。今回は、サーフロ針による血管確保（静脈注射）の知識と技術向上を目的とした研修内容となっております。

つきましては貴会からご参加を賜りたくよろしくお願い申し上げます。

別紙様式により平成 30 年 9 月 14 日（金）までに FAX（045-453-8704）にてお申込みいただきますようよろしくお願いいたします。

記

開催日：平成 30 年 9 月 21 日（金）13：30～16：30（受付 13：00～）

研修会名「もう一度基本を確認。安全に行う血管確保(静脈注射)技術」

講師：横浜市立大学附属病院看護部より 5 名派遣

対象：医師・歯科医師・看護師

定員：先着 24 名（応募者多数の場合、1 事業所からの参加者数を制限させていただきます）

*必ず、お申込みを受理後にこちらからご連絡させていただきます。お申込み後に当センターから連絡がない場合は、お手数ですがこちらまでご連絡下さい。

会場：神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター

（〒241-0815 横浜市旭区中尾 1-5-1 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター2F）

交通アクセス 相鉄線二俣川駅 徒歩 15 分

旭 23 系統「運転免許試験場循環」バス「中尾町」下車 徒歩 2

参加費：無料

主催：公益社団法人神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター

*施設内に駐車場がありませんのでお車・バイク・自転車でのご来場はご遠慮下さい。

神奈川県医師会 在宅医療トレーニングセンター

担当：池田・国分・助川

TEL 045-453-8666 / FAX 045-453-8704

電子メール：zaitaku-toresen@dune.ocn.ne.jp

<http://zaitaku-toresen.jp/>

(別紙様式)

FAX : 045-453-8704

神奈川県医師会 在宅医療トレーニングセンター 行

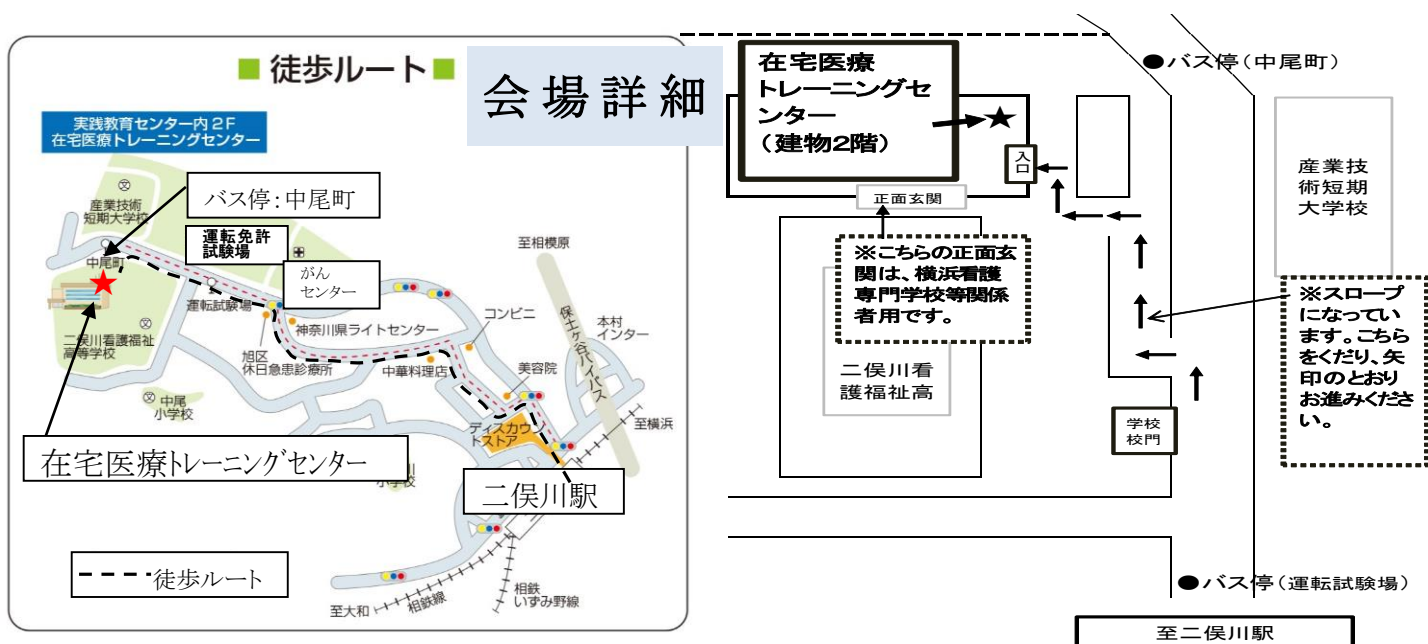
- 1. 研修会名 : もう一度基本を確認。安全に行う血管確保(静脈注射)技術
- 2. 開催日 : 平成30年9月21日(金) 13:30~16:30 (受付13:00~)
- 3. 会場 : 神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター TEL 045-453-8666
(〒241-0825 横浜市旭区中尾 1-5-1 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター2F)

交通アクセス

相鉄線二俣川駅北口 徒歩15分

旭23系統「運転免許試験場循環」バス「中尾町」下車 徒歩2分

*施設内に駐車場がありませんのでお車・バイク・自転車でのご来場はご遠慮下さい。



参加申込書					
所属機関名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 所在市町村 : _____ 市 </div>					
TEL : _____ FAX : _____					
お申込み担当者名 :					
1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">お名前</th> <th>職 種 (○をお願いします。)</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ふりがな</td> <td style="padding: 5px;">医師・歯科医師・看護師</td> </tr> </table>	お名前	職 種 (○をお願いします。)	ふりがな	医師・歯科医師・看護師
お名前	職 種 (○をお願いします。)				
ふりがな	医師・歯科医師・看護師				
2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">お名前</th> <th>職 種 (○をお願いします。)</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ふりがな</td> <td style="padding: 5px;">医師・歯科医師・看護師</td> </tr> </table>	お名前	職 種 (○をお願いします。)	ふりがな	医師・歯科医師・看護師
お名前	職 種 (○をお願いします。)				
ふりがな	医師・歯科医師・看護師				

※平成30年9月14日(金)までにFAXにてご回報ください。