認知症看護コース

（認知症ケア加算3施設基準対応研修）

１．希望の日程に〇をつけて下さい

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 研修日程 | 時間 | 方法 | 募集人数 | 募集締め切り |
|  | ①令和4年8月17日（水）  　　　　　　　 18日（木） | 2日間 | 講義･グループワーク  （オンライン） | 3０名  (一施設2名まで) | ７月20日（水） |
|  | ①令和5年3月9日（木）  　　　　　　　10日（金） | 2日間 | 講義･グループワーク  （オンライン） | 3０名  (一施設2名まで) | ２月9日（木） |

２．研修参加者についてご記入ください　＊氏名は修了証に掲載されますので正しくご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加者 | ふりがな |  | | 男・女 | □看護師  □助産師 | 看護師経験年数    　年 |
| 氏名 |  | |
| 施設病床数    　　　　　　床 | | 病棟の特徴（例：急性期、慢性期、回復期、老年など） | | | | |
| 住所（資料郵送先）＊勤務先へ郵送希望の場合は「施設名」「病棟名」なども記入してください  〒 | | | | | | |
| オンライン研修の受講経験  □あり　　□なし | | | 当日使用する端末  □パソコン　　□タブレット  ＊パソコン以外の端末ではGoogleドキュメントの操作などが制限される場合があります | | | |

３．参加者の勤務施設、責任者をご記入ください　＊研修終了後、修了証等は責任者宛に郵送いたします

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務施設 | ふりがな |  | 責任者 | 役職・氏名 |
| 施設名 |  |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　FAX  〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス | | | | |

注）・視聴するパソコンには、カメラとマイク（内蔵または外付け）が必要です

　 ・同施設の受講者が同室で受講する場合、グループワーク時の音声がハウリングするのを防ぐため、各自イヤホンを使用してください

　 ・研修前に、オンラインにてZoomとGoogleドキュメントの操作練習日を設けます。

詳細は後日、受講者へ郵送する資料にてお知らせ致します

|  |
| --- |
| 問い合わせ先 |
| 札幌医科大学附属病院　看護キャリア支援センター  副センター長　團塚恵子  電話：011-611-2111（内線37370）  e-mail：career@sapmed.ac.jp |