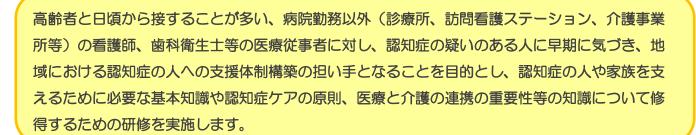
# 令和5年度 奈良県病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修





## **1 実施主体** 奈良県

日時・会場

日時:2024年2月8日(木)13:30~16:00(受付時間13:00~)

場所:奈良県看護研修センター 3階大研修室

3 対象者・定員

対象者:奈良県内の病院以外で勤務する看護師、歯科衛生士等の医療従事者

定員:50名

#### 4 研修内容等

(1) 内 容

区 分		内容	時間	
① 講義・ 演習	基本知識	研修の目的・意義、認知症とは、認知症の危険因 子・予防 等		
	地域にお ける実践	認知症ケアの基本、BPSDへの対応、家族・介護者への支援、多職種連携等	120分	
	社会資源 等	認知症施策の全体像、支援の仕組み、主な制度等		

(2)講師認知症看護認定看護師調整中

#### 5 受講申込等

(1) 申込み方法:申込書に必要事項を記入し、下記まで郵送、FAX、またはURL、

QRコードより申し込んでください。

申込先:公益社団法人奈良県看護協会教育事業部 岩下宛

郵送: 〒634-0813橿原市四条町288-8

FAX: 0744-24-7703

URI:

 $\frac{https://docs.google.com/forms/d/1WvxqQ\_puJ65Rx4FNF\_RDdpheFqOLkEWgKAYt0CAM\_puJ65Rx4$ 

<u>ORコード</u>:



(2) 申込期限 2024年1月12日(金) 12時まで(厳守)

(3) 受講料: 無料

(4) 受講決定

受講不可の方のみ2024年1月31日(水)までにお申し込みいただいたメール アドレスに連絡します。**連絡がなければ受講可能**です。

(5) 問合先:

公益社団法人奈良県看護協会教育事業部 岩下宛

#### 6 修了証書の交付

修了証書は、全課程の修了者に対して県より後日交付します。

※ 研修開始後、15分以上遅刻された場合、修了書が発行されませんので、 ご了承ください。

#### 7 修了者の登録・情報提供

県では研修受講修了者の名簿を作成・管理し、各市町村及び地域包括支援センター、奈良県医師会等関係機関に、受講修了者のいる事業所・医療機関名、職種、修了年月日の情報提供を行います。

#### 8 感染症等にかかる留意事項について

- (1)館内ではマスクの着用をお願いします。手指衛生を励行してください。
- (2) 研修受講中に、発熱等の風邪症状や倦怠感を感じた場合は、直ちに事務局へ報告してください。状況によっては、ご帰宅の依頼をすることがありますので予めご了承ください。
- (3) 会場内の窓やドアを開け、可能な限り換気を行いながら研修を実施します。暑さ、寒さに対応できる服装でお越しください。
- (4) 持参されたごみはお持ちかえりください。
- (5) お帰り時、使用された机・椅子は除菌クロスで清掃をお願いします。

### 会場案内



#### 奈良県看護研修センター

〒634-0813

橿原市四条町288-8

- •近鉄大和八木駅より
- •奈良交通バス
- •小房バス停(万葉ホール前)下車徒歩3分(湯盛温泉杉の湯・下市町岩森・菖蒲町4丁目行き)
- •医大病院前バス停下車 徒歩5分(イオンモール橿原アルル・近鉄御所・忍海・南白橿行き)
- •橿原市コミュニティバス
- •万葉ホールバス停 下車徒歩3分
- •奈良医大(玄関前)バス停 下車徒歩5分
- タクシー 約8分
- •近鉄八木西□駅•畝傍御陵前駅、JR畝傍駅 各駅より 徒歩15分
- ◆当日は会員専用駐車場に駐車(有料)できますが、スペースに限りがありますので (46台)、来場はなるべく公共交通機関のご利用をお願いします。

令和5年度病院勤務以外の	<b>昏護師等認知症対応力向</b>	]上研修			
	申 込 書	※記入漏れがある場合は受付けできないことがあります			
病院•施設名					
所属名		担当者名			
住所	Ŧ				
TEL		FAX			
メールアドレス	必須				
受講者氏名		ふりがな			
生年月日	西暦				
勤務先○をつける	1.診療所 2.訪問看護ステーション 3.介護事業所				
	4.その他(	)			
職種 記入のこと		実務経験年数(通算)			
看護協会員該当者	県会員番号				
メールアドレス	必須				
県では研修受講修了者の	・名簿を作成・管理し、4	   各市町村及び地域包括支援			
センター、奈良県医師会等	<b>穿関係機関に、受講修</b>	了者のいる事業者・医療機関名			
職種、修了年月日の情報	提供を行います。				
同意しますか。〇をつけて	てください。 はい	いいえ			
申込書により修了証を作り	成しますので、楷書で了	一寧にご記入ください。			
(申込先)公益社団法人	、奈良県看護協会教育	事業部 岩下宛			
郵送:〒634-0813	橿原市四条町288-8				
FAX:0744-24-7703					
URL:					
https://docs.google.com/forms/d/	1WvxqQ_puJ65Rx4FNF_RDdphe	FqOLkEWgKAYt0CAMmlA/edit			
QR⊐ <b>−</b> ド					