

平成 29 年 9 月 13 日

会員各位

鎌倉市医師会会長 井口 和幸  
地域保健担当理事 花岡 正人  
宮下 明

「もう一度基本を確認。安全に行う注射と採血技術」の開催について

神奈川県医師会を通じて通知がまいりましたのでお知らせいたします。  
ご出席ご希望の方は申込書ご記入の上、10月13日までに直接FAXにてお申し込みください。

こちらは鎌倉市医師会HPにもアップロードしてありますので、ご確認ください。  
(送付枚数3枚)

神奈川県医師会  
理事 篠原 裕希

「もう一度基本を確認。安全に行う注射と採血技術」の開催について

時下 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、日頃より本会活動に種々ご協力を賜り深く感謝申し上げます。

さて今般、標記について神奈川県医師会が地域医療介護総合確保基金により運営しております在宅医療トレーニングセンターにおいて、別紙のとおり研修会を開催いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会関係医療機関等へ周知いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

また、お申込みにつきましては、在宅医療トレーニングセンターに直接FAX(045-453-8704)にてお申し込みくださいますようよろしくお願いいたします。

なお、今回の研修会の対象者は、在宅医療に従事している医師・歯科医師・看護師でありますことを申し添えます。

お問い合わせ先

地域医療企画課 担当:岩田

横浜市中区富士見町3-1

TEL 045(241)7000 FAX 045(241)1464

E-mail g-iwata@kanagawa.med.or.jp

平成 29 年 9 月 7 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。安全に行う注射と採血技術」の開催について

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。今回も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・採血の技術向上を目的とした内容となっております。また、前回の研修より実技の時間を長く致しております。

つきましては、貴会からご参加を賜りたく、開催についてご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

別紙様式により平成 29 年 10 月 13 日 (金) までに FAX (045-453-8704) にてお申込みを頂きますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 開催日：平成 29 年 10 月 20 日 (金) 13:30～16:30 (受付 13:00～)
2. 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** 相鉄線二俣川駅北口バスターミナル \*別紙地図参照  
旭 23 系統「運転免許試験場循環」バス「中尾町」下車 徒歩 2 分
3. 研修会名：もう一度基本を確認。安全に行う注射と採血技術
4. 講師：横浜市立大学附属病院 看護部より 5 名派遣
5. 対象：在宅医療に従事している医師・歯科医師・看護師
6. 定員：先着 24 名

\*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。

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

\*駐車場利用可能時間帯では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。

\*研修中の入退場はご遠慮下さい。

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・藤原

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)

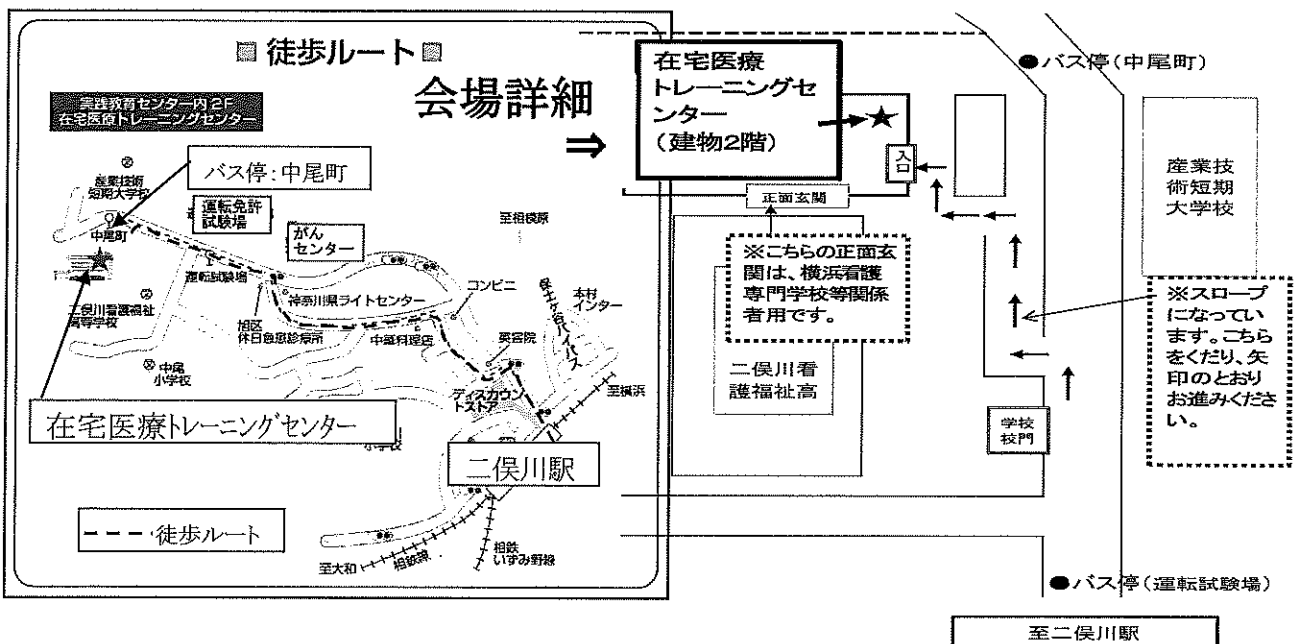
**FAX : 045-453-8704** 神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター 行

1. 研修会名：もう一度基本を確認。安全に行う注射と採血技術
2. 開催日：平成29年10月20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  
(〒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バスターミナル

旭23系統「運転免許試験場循環」バス「中尾町」下車 徒歩2分

- \* 駐車場利用可能時間帯では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。
- \* 研修中の入退場はご遠慮下さい。



**必ずご所属機関名・連絡先をご記入下さい。受講決定の確認連絡をさせていただきます。受講決定の確認ができない場合、受講はできませんのでご了承ください。**

参加申込書

所属機関名

TEL

FAX

ご芳名 (ふりがなをお願いします)

職種

1

2

3

※平成29年10月13日(金)までにFAXにてご回報ください。

神奈川県医師会