

会員各位

平成 29 年 11 月 8 日

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

褥瘡の評価とケアの開催について

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、12月12日迄に直接お申し込みください。
※対象者は在宅医療に関わる看護師のみとなっております。
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。

神奈川県医師会
理事 篠原裕希

「褥瘡の評価とケアについて」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、在宅医療に関わる看護師（※看護師のみ）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

受付

平成 29 年 11 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

「褥瘡の評価とケアについて」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。今回は、褥瘡のリスクアセスメントや観察、評価、外用薬や創傷被覆材の種類と特徴、処置についてなどの座学ととも実際に被覆材を見て触って頂ける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、開催についてご高配賜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 12 月 12 日（火）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

開催日：平成 29 年 12 月 19 日（火） 16:00～18:00（受付 15:30～）

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

*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。

研修会名：褥瘡の評価とケアについて

講師：横浜市立大学附属病院 皮膚排泄ケア認定看護師 後藤真由美氏

対象：在宅医療に関わる看護師

定員：先着 30 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当センターから研修参加の可否をご連絡させていただきます。

お申込み後にこちらから連絡がない場合は、お手数ですが連絡下さい。

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

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)

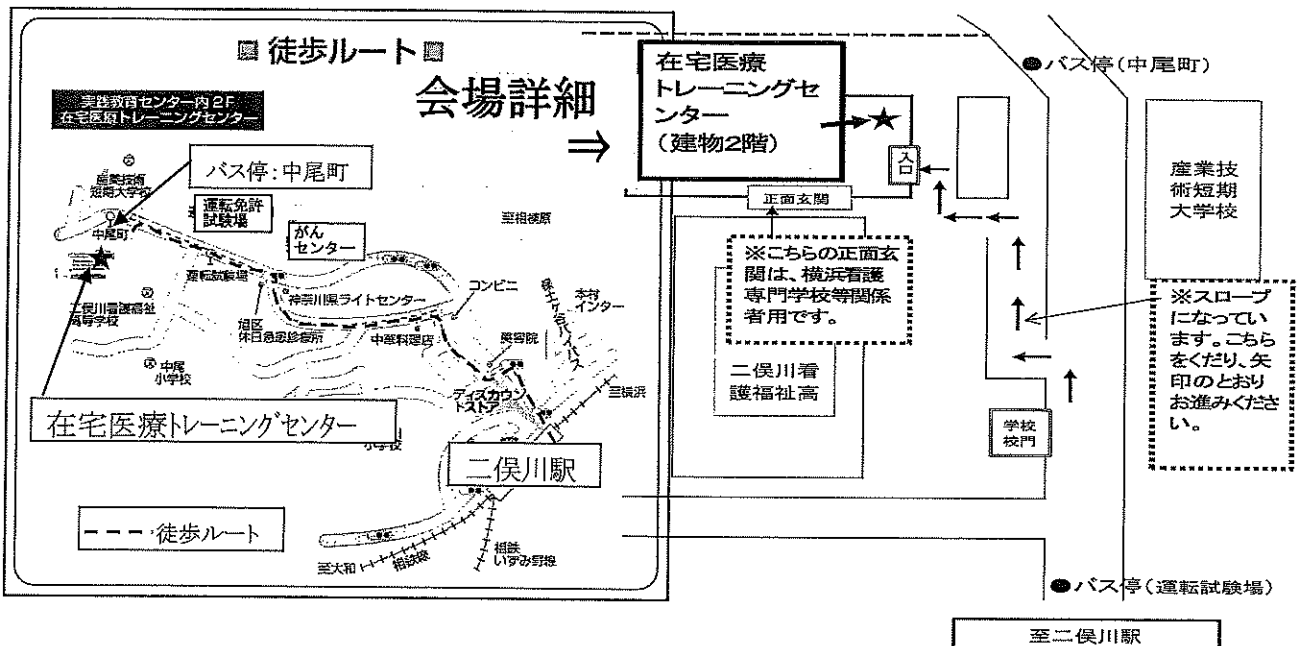
FAX : 045-453-8704 神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター 行

1. 研修会名：褥瘡の評価とケアについて
2. 開催日：平成29年12月19日(火) 16:00~18:00 (受付15:30~)
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。



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12月12日(火)までにFAXにてご回報ください。

神奈川県医師会

