

島看協発第97号

令和6年8月9日

市 町 村 長
施 設 長
看 護 管 理 者
会 員
様

公益社団法人島根県看護協会
会 長 池 田 康 枝
(公 印 略)

令和6年度保健師・助産師・看護師合同研修会開催について(ご案内)

時下 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

島根県看護協会の事業につきましては、平素から格別のご理解を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、令和6年度「保健師・助産師・看護師合同研修会」を別紙要項のとおり開催いたします。

つきましては、業務ご多用の中とは思いますが、看護職の皆様にご参加いただきますよう、ご案内いたします。参加ご希望の方は、別添の申込書に記入のうえ9月6日(金)までに島根県看護協会事務局までFAXにてお申込みください。

改めて参加決定の通知書は送付いたしませんので、お申し込みをされた方は必ずご参加ください。申し込み後にやむを得ず欠席される場合は、その旨協会事務局までご連絡をお願いします。

本研修会の開催にあたっては、マスクの着用は個人の判断となりますが、感染対策上の理由等によりマスクの着用をお願いすることがあります。

また、感染対策上、手指消毒や換気等注意をしながら実施いたします。ご協力をお願いいたします。

担当者：田中（常任理事）

山尾（事務担当）

TEL：0852-25-0330 FAX：0852-25-3157

令和6年度 保健師・助産師・看護師合同研修会 開催要項

1. 目的 令和6年1月1日に発生した「能登半島地震」に対して、県内看護職はそれぞれの立場で支援を行ってきた。能登半島地震の各フェーズ（緊急対策期～復興期）において、3職能が様々な健康課題に直面し、3職能の特性を活かし、何を考え、どのような活動してきたかを共有する。そして、今後、島根県における自然災害（地震）発生時及び平時からの対応について考える。
2. 日時 令和6年9月29日（日） 13:00～16:00 （受付 12:30～）
3. 会場 朱鷺会館 大ホール（出雲市西新町2丁目 2456-4）
4. 対象 (1)保健師・助産師・看護師・准看護師・看護学生
島根県看護協会会員・非会員を問わない
(2)その他関心がある方
5. 定員 50名（学生含む）
6. 参加費 無料
7. プログラム
12:30～ 受付
12:55～ オリエンテーション
13:00～ 開会
あいさつ 公益社団法人島根県看護協会 副会長 天野 和子
13:10～ 講演
演題「能登半島地震における保健・医療・介護・福祉支援活動の実際と課題」
～健康課題と保健・医療・介護・福祉の対応策、そして今後検討すべきこと～
講師：島根県保健所長会（出雲保健所長） 副会長 村下 伯 氏
14:10～ 活動紹介（1人15分）
保健師：益田保健所 医事・難病支援課 課長 大場 裕子 氏
助産師：島根県立中央病院 NICU 副看護師長 大西 絵峰子 氏
看護師：島根大学医学部附属病院
災害看護専門看護師、救急看護認定看護師 森山 詠美子 氏
訪問看護師：元CS いずも 穂なみデイサービスひかわ 影山 優芽 氏（Zoom参加）
15:20～ 意見交換
15:50～ あいさつ 公益社団法人島根県看護協会 副会長 渋川 あゆみ
16:00 閉会
8. 申し込み方法
別紙申込書に必要事項を記入の上、9月6日（金）までに島根県看護協会事務局あてにFAX（0852-25-3157）にてお申し込み下さい。
なお、改めて参加決定の通知書は送付いたしませんので、お申し込みをされた方は必ずご参加ください。
また、当日やむを得ず欠席する方は、9月27日（金）までに事務局にご連絡ください。
急遽当日欠席の場合は、当日の連絡先 TEL：090-8709-2161にご連絡ください。
研修を急遽中止する場合は、島根県看護協会ホームページ「研修・会議中止のお知らせ」に掲載しますので、ご確認ください。
9. その他
本研修会の開催にあたっては、マスクの着用は、個人の判断となりますが、感染対策上の理由等によりマスクの着用をお願いすることがあります。
感染対策上、手指消毒や換気等注意をしながら実施致します。ご協力をお願いいたします。

《お問い合わせ》

公益社団法人島根県看護協会 事務局
担当：田中（常任理事）、山尾（事務担当）
TEL:0852-25-0330 FAX:0852-25-3157

FAX 0852-25-3157

島根県看護協会研修会申込書						申込日
研修 No.	保・助・看 合同	研修名	開催日:令和6年9月29日(日) 13:00~16:00 受付 12:30~ 会場: 朱鷺会館 大ホール 施設No.			
施設名(又は個人名)						
連絡先 住所		TEL() -				
優先 順位	島根県看護協会 会員 No.	フリガナ 氏 名	現在の職種 (該当に○をする)	看護職で の実務経 験年数	職 位 (該当に○をする)	備考
1			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
2			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
3			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
4			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
5			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
6			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
7			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
8			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
9			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	
10			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	

※注意事項

◆島根県看護協会会員番号、フリガナ、現在の職種、実務経験年数は必ず記入してください。

非会員の方は、会員番号の欄に斜線を引いてください。また、非会員施設よりお申込の非会員の方は代表者(責任者)の氏名も記入してください。連絡はその方宛に行います。

締切 : 9/6(金)