

2026年5月吉日

2026年度大阪府訪問看護実践研修事業 教育ステーション事業

南河内ブロック

大阪府済生会富田林訪問看護ステーション

## 訪問看護ステーション体験研修のご案内

このたび、大阪府済生会富田林訪問看護ステーションは大阪府の委託を受け、教育ステーションとして訪問看護の体験研修を実施することになりました。

この研修は、訪問看護に関心がある専門職を対象として、同行訪問や手技演習、カンファレンスや勉強会等への参加など、お持ちの経験、知識、技術に応じた実践的な体験研修を行うものです。

訪問看護に関心をお持ちでしたらどなたでも歓迎いたしますので、ご参加お待ちしております。

### 【対象者】

- ・ 訪問看護に関心ある看護学生
- ・ スキルアップのために、他の訪問看護ステーションの実践を体験したい訪問看護師やセラピスト
- ・ 訪問看護ステーションの管理者の役割や業務について学びたい看護師
- ・ 介護職や医療機関の看護職等で、連携の質向上のために訪問看護の体験や研修を受講したい方

| コース     | 日時       | 日数    | 主な内容                              |
|---------|----------|-------|-----------------------------------|
| 看護業務コース | 8:45~15時 | 5日まで可 | ・オリエンテーション・訪問同行・担当者会議・カンファレンスなど   |
| 管理業務コース | 8:45~15時 | 2日    | ・オリエンテーション・訪問同行・退院前カンファレンス・往診同行など |

### 【申し込み方法】

申し込み書に必要事項を記入の上、FAXにてお申し込みください。

### 【受講の決定】

お住いの近くのステーションをご希望あれば、相談・調整してみます。

申し込み多数の場合は抽選となります。

### 【申し込み・問い合わせ先】

大阪府済生会富田林訪問看護ステーション 担当 山下

電話 0721-29-4425 FAX 0721-29-4459

〒586-0082

富田林市向陽台1-3-36

2026年度大阪府訪問看護実践研修事業 教育ステーション事業  
南河内ブロック  
大阪府済生会富田林訪問看護ステーション

申し込み日  
2026年 月 日

訪問看護ステーション体験研修 申込書

|                                    |                               |             |                                     |   |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------------|---|
| ふりがな<br>氏名                         |                               | 男<br>・<br>女 | 生年月日<br>昭<br>和<br>平<br>成<br>年 月 日 生 |   |
| 住所                                 | 〒                             |             |                                     |   |
| 所属                                 | ※有職者の方は勤務先、職位をご記入ください。        |             |                                     |   |
| 連絡先                                | TEL :                         |             | ※ご希望の連絡方法<br>に○をしてください。             |   |
|                                    | FAX :                         |             |                                     |   |
|                                    | E-mail :                      |             |                                     |   |
| 下記の項目にご記入ください（該当するものに○、またはご記入ください） |                               |             |                                     |   |
| 資格                                 | 看護師・准看護師・保健師・助産師・学生<br>その他（ ） |             |                                     |   |
| 経験年数                               | 看護職経験 :                       | 年           |                                     |   |
|                                    | 病棟経験 :                        | 年           |                                     |   |
|                                    | 訪問看護ST経験 :                    | 年           |                                     |   |
|                                    | その他の経験 :                      | 年           |                                     |   |
| 離職期間                               | 通算 :                          | 年           |                                     |   |
| 希望コース                              | ( ) 看護業務コース                   | 日間          | 希望ステーション                            |   |
|                                    | ( ) 管理業務コース                   | 日間          |                                     |   |
|                                    | ( )                           | 日間          |                                     | 1 |
|                                    | ( )                           | 日間          |                                     | 2 |
| 体験してみ<br>たいこと                      |                               |             |                                     |   |
| 質問等                                |                               |             |                                     |   |

※お預かりした個人情報は、教育ステーション事業の円滑な運営以外の目的で利用することはありません。

申し込み先 大阪府済生会富田林訪問看護ステーション

FAX : 0721-29-4459