

2026年4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
泉南ブロック
訪問看護ステーション希望

訪問看護ステーション体験研修のご案内

このたび、訪問看護ステーション希望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

【プログラムの種類、日時、内容】 ※受講料は無料です。

コース	日時	日数	主な内容
看護業務コース	平日9時～16時	5日まで可	業務内容オリエンテーション、訪問同行2件、カンファレンス見学などの多職種連携等
管理業務コース	平日9時～16時	1～2日	訪問看護管理者としての業務全般の体験（保険制度、安全管理、地域連携等）カンファレンス見学の実務内容

【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】

応募者多数の場合は抽選になります。

【申し込み・問い合わせ先】

訪問看護ステーション希望 担当：柳（ヤナギ）
電話 072-484-0061 FAX 072-493-8730
〒590-0521
大阪府泉南市樽井1-6-3



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

申し込み日

泉南ブロック

2026年 月 日

訪問看護ステーション希望

TEL 072-484-0061

FAX 072-493-8730

訪問看護ステーション体験研修 申込書

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日	
			昭和 平成	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 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 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 訪問看護ステーション希望