

# 2023年度大阪府訪問実践研修事業 市東ブロック教育ステーション事業 訪問看護ステーション体験研修のご案内

病院・クリニック勤務の看護師・セラピスト・相談員の方など

訪問看護の体験研修  
してみませんか？

訪問看護ステーションおおみち・訪問看護ステーション東成おおみちでは、2023年度大阪府の委託を受け市東ブロックの教育ステーション事業を行っています。その一環として訪問看護の体験研修を実施しています。実際に訪問看護師や訪問リハビリセラピストと一緒に同行訪問をしたり、カンファレンスの見学などを行います。訪問看護に興味がある看護師やセラピスト、連携のために退院後の生活をみてみたい方、地域連携室の相談員の方など、ぜひぜひ一度体験してみませんか？

研修費は無料

## 【日時、内容】

| 日数 | 日時              | 主な内容                                                                       |
|----|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1日 | 2023年<br>12月末まで | 同行訪問（看護・リハビリ）、各種カンファレンスの見学、訪問看護ステーション内の日常業務見学、地域活動への参加見学、多職種連携についての見学など・・・ |

## 【申し込み方法】

申込書に必要事項を記入の上、FAXにてお申込みください。  
（申込書は、大阪府訪問看護ステーション協会HPでもダウンロードできます）

## 【研修場所】市東ブロック教育ステーション及び協カステーションより選択

- ・城東区 訪問看護ステーションおおみち（教育ST）
- ・中央区 ユニケア訪問看護ステーション大阪中央出張所
- ・浪速区 日本橋老人訪問看護ステーション
- ・東成区 訪問看護ステーション東成おおみち（教育ST）
- ・天王寺区 メンタルラボ訪問看護ステーション
- ・生野区 よすが訪問看護ステーション
- ・鶴見区 まちの善訪問看護ステーション

★申し込みや問い合わせは教育ステーションである下記のみへお願いいたします。

★新型コロナウイルス感染症の状況により内容の変更及び中止や延期となる場合がございます。

## 【受講の決定】

応募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おおみち（担当：川本）

訪問看護ステーション東成おおみち（担当：藤田）

連絡はコチラへ→ TEL 06-6967-1123 Fax 06-6962-3328



訪問看護ステーション体験申込書

|                                    |                             |             |                                                                                   |          |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ふりがな<br>氏名                         |                             | 男<br>・<br>女 | 生年月日                                                                              |          |
|                                    |                             |             | 年                                                                                 | 月 日 生    |
| 住所                                 | 〒<br><br>※住所・連絡先は所属先でも構いません |             |                                                                                   |          |
| 連絡先                                | TEL :                       |             | *ご希望の連絡方法に<br>○をしてください                                                            |          |
|                                    | FAX :                       |             |                                                                                   |          |
|                                    | E-mai :                     |             |                                                                                   |          |
| 所属先                                |                             |             |                                                                                   |          |
| 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                                                                                 |          |
| 体験先希望ST                            | 第1希望                        |             | ★市東ブロックの教育ステーション及び協カステーションより第2希望まで記載してください。尚体験の内容及び日程によっては希望に添えない場合がございます。ご了承ください |          |
|                                    | 第2希望                        |             |                                                                                   |          |
| 希望日                                | 第1希望                        | 年 月 日（ ）    | 第3希望                                                                              | 年 月 日（ ） |
|                                    | 第2希望                        | 年 月 日（ ）    | 第4希望                                                                              | 年 月 日（ ） |
| 体験して<br>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

FAX送付先 訪問看護ステーションおおみち （市東ブロック教育ステーション）

FAX 06-6962-3328