

# 追加募集！

## No.34 妊娠・出産の包括的支援

～医療と地域の連携～

**ねらい** 妊娠から子育てまでを支援するために必要な知識と看護職間の連携方法を学び活用できる。

地域と医療のバトンタッチ  
妊娠から子育て期までを支える保健師・助産師・看護師の連携

日時 平成30年10月9日(火) 9:30～16:15 (受付 9:15～)  
会場 千葉県看護会館 千葉市美浜区新港 249-4  
対象 保健師、助産師、小児科及び産科に勤務する看護師  
費用 会員 2,500円 非会員 8,000円

### プログラム&講師紹介

#### 地域における切れ目のない妊娠・出産・子育て支援

##### 「フィンランドのネウボラと子育て支援」

フィンランド大使館広報部 プロジェクトコーディネーター 堀内都喜子

✿ フィンランドに5年間国際留学をした経験から、フィンランドにおける子育て事業についての情報を発信しています。

##### 妊娠・出産包括支援モデル事業報告

##### 「妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援」

松戸市役所母子保健担当室親子すこやかセンター中央 保健師長 中西 薫

「フィンランドのネウボラのエッセンスを取り入れた自治体の母子保健システムと方策・ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ」

大阪市立大学大学院看護学研究科 教授 横山 美江

✿ フィンランド国立健康福祉研究所と2010年から共同研究を行い、ネウボラの保健師活動やネウボラを活用する家族の健康に関する研究を推進し、**児童虐待予防のポピュレーションアプローチ**の一環として妊娠中から切れ目ない支援を行うための母子保健活動に関する研究や活動内容の報告を日本公衆衛生学会、日本公衆衛生看護学会等で行っています。

◎申込方法：①郵送 ②「施設専用サイト」をお持ちの場合は事前に  
電話で確認後 FAX にて申込みください。

申込期間：平成30年8月11日(土)～9月5日(水)郵送必着

(問い合わせ先) 千葉県看護協会 教育部  
Tel 043-245-1980 Fax 043-248-7246  
詳細はホームページをご覧ください URL <http://www.cna.or.jp>

## 平成30年度 千葉県看護協会研修申込書

太枠内のすべての項目にご記入ください。□には、該当項目に✓(チェック)をつけてください。

研修番号 <b>No.34</b>	研修名 <b>妊娠・出産の包括的支援～医療と地域の連携～</b>
----------------------	-------------------------------------

フリガナ		会員区分 <input type="checkbox"/> 千葉県会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 他県会員	千葉県看護協会会員番号 _____
氏名			日本看護協会会員番号 _____
性別	生年月日 _____年 _____月 _____日	職 種 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	実務経験 _____年
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 平成			
職 位			
<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 副師長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> 副主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			

施設会員の方		個人会員の方	
施設名	受講決定通知書送付先 (〒 _____ )		
病床数または 利用者定員	施設内順位 <small>※定員を超えた場合は、施設内順位を考慮し受講決定をします。施設内から複数名申込みの場合は、必ず記入してください。</small>	連絡先電話番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
受講料支払者 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 受講者本人	受講決定可否の案内 <input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> 郵送	勤務している方はその施設名	
<b>No.23</b> 災害医療と看護 (実践編) 申込み 記入欄	1. インターネット配信研修「災害医療と看護」 (日本看護協会) 受講歴について 修了年度 (平成 _____ 年度) 修了番号 ( _____ ) 2. 千葉県以外の場合、受講した都道府県名 ( _____ ) <small>※Webの施設専用サイトで申込みの場合は、                  受講申込み画面の「協会への伝言」へ入力ください。</small>	<b>No.23</b> 災害医療と看護 (実践編) 申込み 記入欄	1. インターネット配信研修「災害医療と看護」 (日本看護協会) 受講歴について 修了年度 (平成 _____ 年度) 修了番号 ( _____ ) 2. 千葉県以外の場合、受講した都道府県名 ( _____ )

講師への質問

- 個人情報の取扱いについて、当協会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。申込に関して提出していただく個人情報は研修に伴う書類作成・発送にのみ用い、この利用範囲を超えて取扱うことはいたしません。