

令和3年度訪問看護ステーション 見学体験のご案内

同行訪問による看護の場면을体験し、
気になることを解消しませんか？

参加費
無料

訪問看護の1日は
どんな流れだろう？

自宅での医療処置
はどのように行って
いるのかな？

ブランクがあるけど、
私にもできるかしら？



- <対象>** eナースセンターに登録している①または、②の看護職で以下の感染症に関する条件を満たす方
- ①訪問看護基礎研修会の参加者
 - ②訪問看護領域での就業に興味・関心がある看護職
(但し、訪問看護ステーションの就業者・看護学生を除く。)
- 見学当日から2週間をさかのぼり以下の項目に該当しない。
- ・新型コロナウイルス感染症の診断を受けている。
 - ・濃厚接触者であると保健所から指定されている。
 - ・海外渡航歴および滞在歴がある。
- <期間>** 令和3年8月2日～令和4年2月28日 (土、日、祝日除く)
任意の1日間
- <時間>** 9時～17時の間で、見学先・見学者の都合により調整します。
- <内容>** 同行訪問による見学体験
同行訪問後の情報交換
(見学者と所長等と訪問看護の魅力や疑問点、教育体制等の情報交換)
- <申込方法>** 千葉県ナースセンターへ裏面の申込書をメールまたはFAXで
申込み

※新型コロナウイルス感染症の流行状況等により中止する場合があります。

**<問合せ・申込先> 公益社団法人 千葉県看護協会
千葉県ナースセンター**

TEL 043-247-6371

FAX 043-247-6620

e-Mail chiba@nurse-center.net

訪問看護ステーション見学体験事業 申込書

申込用紙を記入し FAX または、同じ項目をメール (chiba@nurse-center.net) へ入力してお申込みください。

選択項目へは☑をしてください。

申込日	令和 年 月 日		
ふりがな 氏名			性別 (男・女)
			生年月日 (西暦) . . (才)
自宅住所	(〒)		
連絡先	電話 (緊急連絡先) : _____ e-Mail (必須) : _____		
e ナース センター	求職者番号 K		
就業状況	<input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 就業中		
見学 先 ※1	第一希望	地区 () — No. () ステーション名	
	第二希望	地区 () — No. () ステーション名	
希望 日 ※2	第一希望	月 日 ()	<備考欄>
	第二希望	月 日 ()	
	第三希望	月 日 ()	
看護職賠償責任保険加入	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 未加入⇒未加入の方は加入の手続きをナースセンターが行い、参加者の費用負担はありません。 <u>以下の同意欄に☑を入れてください。</u> <input type="checkbox"/> ナースセンターにて賠償責任保険に加入することを同意します。		
見学動機	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (見学先へ記載のまま伝えます。臨床経験や訪問看護の就業希望等、簡単に記載してください。) </div>		

※1 見学先は、「訪問看護ステーション見学体験事業 見学先リスト」または千葉県訪問看護ステーション協会のホームページから会員施設を選択してください。

【千葉県訪問看護ステーション協会ホームページ】 <http://www.chiba-houkan.gr.jp/>

※2 希望日は、申込日から 21 日以上先の日程で記載してください。