

令和4年9月吉日

各 位

公益社団法人兵庫県看護協会西播支部  
支部代表 駒田 香苗

## 兵庫県看護協会西播支部「地域別看護職員ネットワークづくり事業」研修のご案内

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は兵庫県看護協会西播支部の運営につきまして、ご支援、ご協力を賜りまして厚くお礼申し上げます。

現在、地域包括ケアシステムの広がりにより、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けていくために、医療・介護・福祉が地域住民と一体となって対応する地域づくりが進んでいます。そこで、あらゆる療養の場で地域住民を支えている職種の方々と交流し、それぞれの立場で地域住民自身の「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」を支援できる多職種間のネットワークを深めたいと考え、下記の通り研修を企画いたしました。

何かと業務繁多の折とは存じますが、ご出席賜りますようお願い申し上げます。

### 記

1. 目 的 あらゆる療養の場で働く多職種が集まり、地域住民それぞれが「その人らしく最期まで生きる」ことを支えることができるようなネットワークづくりの機会とする。
2. 日 時 令和4年11月26日（土）14時00分～16時00分
3. 場 所 姫路赤十字病院 多目的ホール（PET・コミュニティ棟 3階）  
（姫路市下手野1丁目12番1号 TEL：079（294）2251（代））
4. 対 象 者 病院・訪問看護・在宅介護施設等の医療・看護・介護に携わる者で職種は問わない
5. 定 員 60名（お申込受付は先着順とし、定員になり次第締め切りとさせていただきます。）
6. 研 修 費 無料
7. 内 容 1. 基調講演（短編映画上映）及びパネルディスカッション  
【講師】孫 大輔 先生（一般社団法人コミュニティウェルビーイング研究所 代表理事）  
2. 座談会  
3. グループワーク
8. 募集期間 令和4年10月3日（月）～令和4年11月11日（金）
9. 申込方法 **manaable**（マナブル）研修サイトからお申し込みください。利用者登録をお願いします。  
※「マナブル」からの申込が困難な場合、郵送等による申込みも受け付けます。申込用紙は、本会ホームページよりダウンロードいただき、必要事項を記入の上、郵送でお申し込みください。

#### 【お問い合わせ先】

姫路赤十字病院 看護部 芝山

TEL：079-294-2251（内線 3415）

E-mail：[t-shibayama@himeji.jrc.or.jp](mailto:t-shibayama@himeji.jrc.or.jp)

「その人らしい最期を迎える」  
それぞれの立場で考えてみませんか？

兵庫県看護協会 西播支部  
ネットワークづくり事業研修

**テーマ**  
『在宅医療を支えるために  
私たちに出来ること』

**内容：**基調講演・短編映画上映  
地域医療を支える医師の立場から)

**講師：**孫 大輔 先生

(一般社団法人  
コミュニティウェルビーイング  
研究所 代表理事)



**日時：**令和4年11月26日(土) 14:00~16:00

**場所：**姫路赤十字病院 多目的ホール(PET・コミュニティ棟 3階)

manaable(マナブル)研修サイトからお申し込みください。利用者登録をお願いします。

※「マナブル」からの申込が困難な場合、郵送等による申込みも受け付けます。申込用紙は、本会ホームページよりダウンロードいただき、必要事項を記入の上、郵送でお申し込みください。

## 令和4年度 兵庫県看護協会支部研修受講申込書

**【注意事項】**

- 各研修に申込まれた時点で、兵庫県看護協会の受講規約(本会ホームページ <https://www.hna.or.jp/> 掲載)に同意されたものとみなします。また、併せて「manaable 研修サイト(<https://hna.manaable.com/>)」への利用者登録に同意されたものとみなし、非会員の方におかれましては、本会において必須事項の一部を入力し、仮登録をさせていただきます。なお、施設に所属されている場合には、システムの機能上、施設を通じない申込みでも施設に受講に関する情報が反映されますことをご了承ください。
- 令和4年度教育研修計画 p.20-23 を熟読の上、お申込みください。

全ての項目に必要な事項を記載してください。該当する口には、✓印をつけてください。

- ・ 申込後のキャンセルは1週間前までに支部研修担当へご連絡ください。
- ・ 非会員の方は当日受付で受講料をお支払いください。必ずお釣りのないようご準備ください。
- ・ この支部研修受講申込書様式は本会ホームページからダウンロードできます。

コースNo.*	研修名*												
研修の形式*	<input type="checkbox"/> 会場研修			<input type="checkbox"/> ライブ配信			<input type="checkbox"/> オンデマンド研修				開催日	月	日
ふりがな*							県会員No.*						
氏名*							manaableIDをお持ちの方		MB-				
email	@												
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		<input type="checkbox"/> その他				
令和4年度 兵庫県看護協会 入会状況*	<input type="checkbox"/> 会員 会員の方は、県協会会員No.を必ずお書きください (1 施設会員 2 個人会員) <input type="checkbox"/> 手続き中(申込書送付時期 月) <input type="checkbox"/> 非会員 manaable 利用登録のため <b>生まれた月日4ケタをお書きください</b> → <table style="display: inline-table; border: 1px dashed red; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> (例:1月1日 → 0101)												
ふりがな										施設番号			
所属施設名													
連絡先*	所属施設住所		〒 - - - - - FAX - - - - -										
			TEL - - - - - FAX - - - - -										
	施設に所属 されていない方		〒 - - - - - FAX - - - - -										
			TEL - - - - - FAX - - - - -										
所属施設支部*	1 阪神南		2 阪神北		3 神戸東部		4 神戸中部		5 神戸西部				
	6 東播		7 北播		8 西播		9 但馬						

**記入について**

- ◎ **太枠内**の各項目に必要な事項を記入してください。(\*印の項目は必須事項です。)
- ◎ 申込書は、1研修につき1人1枚お使いください。1施設2名以上お申込みの場合は必ず施設内優先順位を記入してください。
- ※ 郵送申込による受講決定通知は、受講者本人様(所属施設宛)に送付いたします。

**【個人情報の取り扱いについて】**

本会の個人情報保護規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。研修に関わる個人情報は、研修以外の目的で取り扱いません。

【協会使用欄】  
 manaable 利用者 ID MB-