

お申し込みはFAXにて：058-230-6387

締め切り：令和元年6月28日（金）必着

【第1部のみ】

参加申し込み用紙

第5回岐阜県小児在宅医療実技講習会（講演会）を開催いたします。対象は小児在宅医療に関心のある医療職、福祉、教育関係者の皆様です。また、当日、講演終了後12時30分から13時15分まで企業展示（人工呼吸器、排痰装置、気管カニューレ、胃瘻器具、栄養剤など）をご覧いただけます（自由参加です）。多数の皆様のご参加をお待ちしております。どうぞよろしくお申し込み申し上げます。

ふりがな
氏名： _____ 男・女
職種：看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床工学士・教員・相談支援専門員・介護福祉士・その他（ _____ ）

住所 〒 _____
TEL _____ FAX _____

*企業展示見学参加の希望についてご記入ください。 1. 希望する 2. 希望しない
*次のアンケートにご協力ください。

- Q1. 在宅医療に関してあなたの関わり（経験）についてお答えください。
1. これからすぐに始める予定がある 2. 今後考えている
3. 現在すでに従事している 小児・成人・両方 経験年数 年（うち小児 年）
4. 特に考えていないが関心はある
5. その他（ _____ ）
- Q2. 第1回（平成27年）、第2回（平成28年）、第3回（平成29年）、第4回（平成30年）の当岐阜県小児在宅医療実技講習会に参加したことがありますか？
1. はい（第1回・第2回・第3回・第4回） 2. いいえ
- Q3. 当岐阜県小児在宅医療実技講習会の参加をきっかけに在宅医療を始めた方はお答えください。
1. はい 2. いいえ 3. その他（ _____ ）
- Q4. 第1部のプログラムの講師にお聞きになりたいこと（質問）がありましたら、お書きください。

お申し込みはFAXにて：058-230-6387

締め切り：令和元年6月28日（金）必着

【第1部・第2部】

【看護師・医療職（映像視聴のみ）】参加申し込み用紙

小児在宅医療の基本知識、基本技術の習得を目的に第5回岐阜県小児在宅医療実技講習会を開催いたします。この申し込みは第1部からのご参加をお願い致します。グループごとの実習もあり、他の参加者に影響しますので欠席はできるだけ早くご連絡をお願い致します。また、第2部の実技講習は講堂で実況中継による映像の視聴が可能です。この場合、看護師以外の医療職の方の参加も受け付けます。どうぞよろしくお申し込み申し上げます。

ふりがな
氏名： _____ 男・女
職種：看護師、PT、OT、ST、その他（ _____ ）
所属： _____

住所 〒 _____
TEL _____ FAX _____
緊急連絡先：TEL（携帯） _____
E-mail _____

*映像視聴の場合でも参加希望します。 1. 希望する 2. 希望しない
*次のアンケートにご協力ください。
Q1. 在宅医療に関してあなたの関わり（経験）についてお答えください。
1. これからすぐに始める予定がある 2. 今後考えている
3. 現在すでに従事している 小児・成人・両方 経験年数 年（うち小児 年）
4. 特に考えていないが関心はある 5. その他（ _____ ）
Q2. この実技講習会への参加動機を簡単にお書きください。

- Q3. 第1回（平成27年）、第2回（平成28年）、第3回（平成29年）、第4回（平成30年）の当岐阜県小児在宅医療実技講習会に参加したことがありますか？
1. はい（第1回・第2回・第3回・第4回） 2. いいえ
- Q4. 当岐阜県小児在宅医療実技講習会の参加をきっかけに在宅医療を始めた方はお答えください。
1. はい 2. いいえ 3. その他（ _____ ）
- Q5. 第1部のプログラムの講師にお聞きになりたいこと（質問）がありましたら、お書きください。

*希望の方はお弁当（1,000円税込）のご注文を受け付けますのでご利用下さい。
希望する ・ 希望しない
*参加の可否につきましては7月上旬までに郵送またはメールまたはFAXにてご連絡いたします。
*当日のキャンセルは他の方にご迷惑となりますので、1週間前までにご連絡をお願いいたします。