



緊急企画!! 公開講座のご案内

ナースプラクティショナーは、アメリカの看護師の資格で、簡単な医療処置や薬剤の処方を行うことができる看護師です。アメリカでの実際の活動や教育について、情報提供を頂きます。

—チーム医療・レクチャーシリーズ1—

米国のナースプラクティショナーの活動と教育 - 精神分野を中心にして -

現在、厚生労働省のチーム医療推進会議では、「特定看護師(仮称)・看護師の業務範囲」に関する検討が行われています。これは米国のナースプラクティショナーがそのモデルとされています。精神科分野のナースプラクティショナーの資格を持つ中島さんにその機能と役割、教育についての現状をお聞きし、合わせて検討会議についても経過を共有します。

開催日時 平成23年3月3日(木) 14:00~16:30 (受付13:30)

会場 福精協会館4F (日精看ネット九州)

講師 中島 緑 先生

藤田保健衛生大学衛生学部看護学科卒業後、精神科臨床と教員経験を経て渡米。カリフォルニア大学サンフランシスコ校修士課程にて成人科ナースプラクティショナー精神科専攻コースを修了。同大学院研究助手、クリニック勤務を経て帰国。ナースプラクティショナーの紹介を行っている。

聞き手 末安民生 (日本精神科看護技術協会 会長)

定員 80名

お申し込み方法

ホームページ <http://www.jpna.or.jp> 日精看で検索

トップページの「研修会のご案内」をクリック

ファックス 下記の参加申込書をご記入の上、日精看ネット九州へお申し込み下さい。

参加費: 1,000 円 (資料代として)

※研修会参加費は当日受付で現金にてお支払いいただきます。

参加資格: 日精看会員・非会員不問

※お申し込み受付、受講承認後にご返信いたします。

主催 日本精神科看護技術協会 福岡県支部

問い合わせ先 特例社団法人日本精神科看護技術協会 日精看ネット九州

〒810-0005 福岡県福岡市中央区清川3-14-20

福岡県精神病院協同組合会館 3F

TEL 092-791-6560 FAX 092-791-6561



FAX 092-791-6561 日精看ネット九州

参加申込書 必要事項をご記入の上、この面をファックスしてください。

(同一施設から複数名同時にお申込の場合は、別紙の「複数名お申込用紙」をご利用下さい)

施設名 病棟・部署		<input type="checkbox"/> 会員 (No) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中
送付先住所	〒 — (勤務先・自宅 どちらか○で囲んでください)	TEL FAX(必須) E-mail
お名前(フリガナ)		
実務経験 職種/職位 参加動機	精神科(年) 身体科(年) (/) 1.認定の取得 2.自己学習 3.職務命令 4.その他	その他

個人情報のお取り扱いについて~お伝え頂いた個人情報は、研修会以外の目的では無断で利用することは一切ございません。

【お申し込みの結果】 受講の承認がされました 締め切らせていただきました

日精看ネット九州 研修会FAX申込用紙（複数名対応）

FAX 092-791-6561

研修会名：（ 日精看福岡県支部 緊急企画 公開講座 3/3 ）申し込み

返信宛名（必ず記入してください） 施設名： 氏 名：	返信FAX番号（必ず記入してください）
----------------------------------	---------------------

※同一の研修会で複数名お申し込みいただく際にご使用ください。
 ※ご案内を受講申し込み承認後にお送りいたしますので、必ず「送付先」の指定をお願いいたします。その場合、送付先指定を「自宅」と指定された場合は必ずご住所の記入をお願いします。

送付先住所 〒 — （勤務先・自宅 どちらか○で囲んでください） お名前（フリガナ）	□ 会員（No ） □ 非会員 □ 入会手続き中
実務経験 職種/職位 参加動機	精神科（ 年） 身体科（ 年） （ / ） 1.認定の取得 2.自己学習 3.職務命令 4.その他
送付先住所 〒 — （勤務先・自宅 どちらか○で囲んでください） お名前（フリガナ）	□ 会員（No ） □ 非会員 □ 入会手続き中
実務経験 職種/職位 参加動機	精神科（ 年） 身体科（ 年） （ / ） 1.認定の取得 2.自己学習 3.職務命令 4.その他
送付先住所 〒 — （勤務先・自宅 どちらか○で囲んでください） お名前（フリガナ）	□ 会員（No ） □ 非会員 □ 入会手続き中
実務経験 職種/職位 参加動機	精神科（ 年） 身体科（ 年） （ / ） 1.認定の取得 2.自己学習 3.職務命令 4.その他
送付先住所 〒 — （勤務先・自宅 どちらか○で囲んでください） お名前（フリガナ）	□ 会員（No ） □ 非会員 □ 入会手続き中
実務経験 職種/職位 参加動機	精神科（ 年） 身体科（ 年） （ / ） 1.認定の取得 2.自己学習 3.職務命令 4.その他
【お申し込みの結果】 □ 受講の承認がされました 後日ご案内を送付させていただきます □ 締め切らせていただきました	

個人情報のお取り扱いについて お伝え頂いた個人情報は、研修会以外の目的では無断で利用することは一切ございません。