

# 千葉県循環器病センター 令和6年度 地域支援研修会のお知らせ

～患者と患者家族を中心とした地域と病院をつなぐ看護～

今年度「事例を通じて必要な支援を考えよう！」を軸として語り合い率直な意見交換する場、循環器疾患に関連するミニ研修会を企画いたしました。

\* 院内・地域スタッフの方々の参加をお待ちしております。

開催時間 毎回 18:00～19:00 ZOOM

開催日	テーマ
第1回 R6年7月12日 (金)	ときどき入院ほぼ在宅 ～心不全を繰り返さないためにどう支援するか～ 慢性心不全看護認定看護師 湯浅めぐみ
第2回 R6年9月6日 (金)	QOL維持につなげよう ～在宅で取り組めるリハビリ～ 心臓リハビリテーション指導士 心不全療養指導士 臺 祐平
第3回 R6年11月1日 (金)	切っても切れない深い仲 ～腎臓病と心臓病の密接な関係～ 腎不全看護特定認定看護師 石川祐寿
第4回 R7年1月10日 (金)	うそのようなホントの話 ～わずかな傷から大ごと～ 糖尿病看護特定看護師 佐々木章乃



アンケートQRコード

千葉県循環器病センター認定看護師会 地域連携支援グループ

令和6年度  
第1回 地域連携支援研修会のご案内



# 「ときどき入院ほぼ在宅」

～心不全を繰り返さないためにどう支援するか～

講師：慢性心不全看護認定看護師 湯浅めぐみ

**7月12日（金） 18:00～19:00**

**Zoom開催のみ こちらからご参加ください**

**ID: 944 5795 9871**

**パスワード: 201974**



【お問い合わせ先】

千葉県循環器病センター

TEL (代) 0436-88-3111 FAX 0436-88-3032

担当 医療安全管理室 白熊久美子



アンケートQRコード

令和6年度  
第2回 地域連携支援研修会のご案内



# 「QOL維持につなげよう」

～在宅で取り組めるリハビリ～

講師

心臓リハビリテーション指導士

心不全療養指導士

臺 祐平

**9月6日（金） 18:00～19:00**

Zoom開催のみ こちらからご参加ください

**ID: 935 7629 7386**

**パスワード: 645382**



【お問い合わせ先】

千葉県循環器病センター

TEL (代) 0436-88-3111 FAX 0436-88-3032

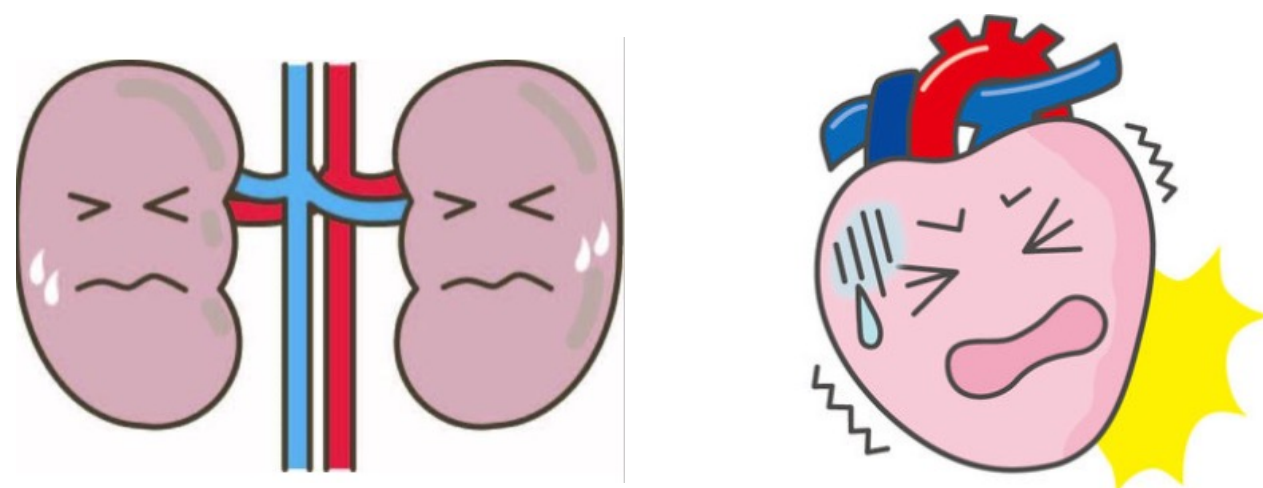
担当 医療安全管理室 白熊久美子



アンケートQRコード

千葉県循環器病センター認定看護師会 地域連携支援グループ

令和6年度  
第3回 地域連携支援研修会のご案内



# 「切っても切れない深い仲」

～腎臓病と心臓病の密接な関係～

講師：腎不全看護認定特定看護師 石川祐寿

**11月1日（金） 18:00～19:00**

Zoom開催のみ こちらからご参加ください

**ID: 922 4692 5409**

**パスワード: 353585**



【お問い合わせ先】

千葉県循環器病センター

TEL (代) 0436-88-3111 FAX 0436-88-3032

担当 医療安全管理室 白熊久美子



アンケートQRコード

令和6年度  
第4回 地域連携支援研修会のご案内



インスリン

# 「うそのようなホントの話」

～わずかな傷から大ごと～

講師：糖尿病看護認定特定看護師 佐々木章乃

**1月10日（金） 18:00～19:00**

**Zoom開催のみ こちらからご参加ください**

**ID: 941 5185 0126**

**パスワード: 205943**



【お問い合わせ先】

千葉県循環器病センター

TEL (代) 0436-88-3111 FAX 0436-88-3032

担当 医療安全管理室 白熊久美子

### <研修詳細>

開催時間：上記日程で、各回 18:00～19:00

開催方法：ZOOMミーティングを用いたWEB形式

研修内容：ZOOMを使用した①勉強会 ②症例の報告と意見交換

対 象：千葉県内勤務 医療・介護スタッフ、行政職員

### <申し込み方法>

参加申込書へ記入し下記方法にて担当者宛に返信

申し込み締め切り：研修開催1週間前まで

F A X：参加申込書返送

**※参加申込書にはZoomで使用するメールアドレスの記入をお願いします。**



【お問い合わせ先】

千葉県循環器病センター

TEL (代) 0436-88-3111

FAX 0436-88-3032

担当 医療安全管理室 白熊久美子



令和6年度

千葉県循環器病センター 地域連携支援研修

第 1・2・3・4 回 全部  
(参加される回数に○をつけてください) 参加します。

地域連携支援研修会 参加申込書

ご所属 :

お名前 :

お電話番号 :

F A X 番号 :

メールアドレス :

バイタルリンク :           登録あり           ・           登録なし          

本研修会に参加する意思を示すものとして、上記の通り申込書を  
受理致します。

尚、研修を開催するあたり研修担当者が本書面にご記入頂いた情報を  
研修開催以外の目的では一切使用致しません。

Zoomアカウントをお持ちであれば参加頂けます。

お申込みいただきましたら、Zoomインビテーションを送らせていた  
だきます。前日までにインビテーションが届かない場合はご連絡く  
ださい。

【研修参加申し込み先、参加方法等に関する問い合わせ先】  
千葉県循環器病センター担当 医療安全管理室 白熊久美子  
FAX 0436-88-3032  
メール k.shrkm3@pref.chiba.lg.jp