

各 位

鹿児島市立病院
新生児蘇生法 (NCPR) 「専門 (A) コース」「スキルアップ (S) コース」
講習会開催のお知らせ

拝啓

皆様におかれましては、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃より周産期医療において格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、下記要綱にて新生児蘇生法 (NCPR) 「専門 (A) コース」、「スキルアップ (S) コース」講習会を予定いたしました。本講習会は、標準的な新生児心肺蘇生法の理論と具体的手技を、周産期・新生児医療に携わるできるだけ多くのスタッフに習得していただくことを目標としております。

受講ご希望の方は **8月10日 (火)** までに、別紙の Fax にてお申し込み下さい。

応募者多数の場合は、先着順とさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

8月27日 (金) までに受講案内が届かない場合は鹿児島市立病院新生児蘇生法講習会事務局へご連絡下さい。

※なお現時点では開催の予定ですが、新型コロナウイルス (COVID-19) の影響により中止となる可能性がございます点をご了承ください。今回は、**当院の規定により当日までに「ワクチン2回接種済み、接種後2週間経過している」ことが申込条件**となります。

敬具

記

- 日 時： 2021年9月26日 (日)
 - ・スキルアップ (S) コース 9:00~14:00 (受付開始 8:30)
 - ・専門 (A) コース 11:30~16:30 (受付開始 11:00)
- 場 所： 鹿児島市立病院 多目的ホール
- 対 象： 周産期、新生児医療に従事する医師、助産師、看護師、救命救急士
- 研修内容： 「新生児蘇生法講習会 (専門コース A コース)」 (日本周産期・新生児医学会公認コース)
「新生児蘇生法講習会 (スキルアップ (S) コース)」 (日本周産期・新生児医学会公認コース)
- 講 師： 鹿児島市立病院 総合周産期母子医療センター長 新生児内科部長 茨 聡
- 定 員： A コース：40名、S コース：30名
- 受 講 料： 無料
- 諸 経 費： 1,500円 (当日受付でのお支払いになります)
- 申 込 方 法： 2021年8月10日 (火) 迄に、別紙受講申込書にて FAX をお願いいたします。

申し込み先 FAX 番号：099-230-7070

以上

鹿児島市立病院総合周産期母子医療センター長
新生児内科部長 茨 聡

鹿児島市立病院

新生児蘇生法「専門（A）コース」講習会申込書

*申込書1枚につき1名様で申込みをお願いいたします。応募者多数の場合はコピーをしてお使いください。

※ **申込条件**（確認後必ず✓入れてください）

「講習会当日までにワクチン2回接種済み、接種後2週間経過していること」条件確認・了承しました

1.施設名（施設に属していない方は、必ず郵便が受け取れる住所、連絡が取れる電話番号を記入してください）

病 院： _____
部 署： _____
電話番号： _____
病院住所： 〒 _____

2.参加希望者

英語名（例：YAMADA TARO）を必ずつけて下さい。

英語名： _____
氏 名： _____
ふりがな： _____
e-mail： _____
職 種： 医師 助産師 看護師 その他（ _____ ）
日本周産期・新生児医学会： 会員 非会員

3.申し込み先 FAX 番号：099-230-7070

※2021年8月10日（火）までに講習会申込書のFAXをお願いいたします。

※受講可能の有無は、8月20日（金）頃までに事務局からご連絡を差し上げます。

※諸経費は、当日、受付での支払いになります。

〒890-8760 鹿児島市上荒田町 37-1

TEL: 099-230-7000

鹿児島市立病院 新生児蘇生法講習会事務局

内藤 喜樹・楠元 真樹

*受講の際は、「日本版救急蘇生ガイドライン2020に基づく新生児蘇生法テキスト改訂第3版（メジカルビュー社）」を各自ご購入のうえ、講習会当日ご持参下さい。

鹿児島市立病院

新生児蘇生法「スキルアップ (S) コース」講習会申込書

*申込書1枚につき1名様で申込みをお願いいたします。応募者多数の場合はコピーをしてお使ください。

※ 申込条件 (確認後必ず✓入れてください)

「講習会当日までにワクチン2回接種済み、接種後2週間経過していること」条件確認・了承しました

1.施設名 (施設に属していない方は、必ず郵便が受け取れる住所、連絡が取れる電話番号を記入してください)

病 院 : _____
部 署 : _____
電話番号 : _____
病院住所 : 〒 _____

2.参加希望者

英語名 (例: YAMADA TARO) を必ずつけて下さい。

英語名 : _____

氏 名 : _____

ふりがな : _____

e-mail : _____

職 種 : 医師 助産師 看護師 その他 (_____)

日本周産期・新生児医学会 : 会員 非会員

認定番号 : --

3.申し込み先 FAX 番号 : 099-230-7070

※2021年8月10日(火)までに講習会申込書のFAXをお願いいたします。

※受講可能の有無は、8月20日(金)頃までに事務局からご連絡を差し上げます。

※諸経費は、当日、受付での支払いになります。

〒890-8760 鹿児島市上荒田町37-1

TEL: 099-230-7000

鹿児島市立病院 新生児蘇生法講習会事務局

内藤 喜樹・楠元 真樹

*受講の際は、「日本版救急蘇生ガイドライン2020に基づく新生児蘇生法テキスト改訂第3版 (メジカルビュー社)」を各自ご購入のうえ、講習会当日ご持参下さい。