

主催：一般社団法人日本准看護師連絡協議会

平成30年度 准看協研修会 IN熊本

日時

平成31年2月6日（水）10:00～16:00

場所

熊本県医師会館

〒860-0806

熊本県熊本市中央区花畑町1-13

会場アクセスQRコード



プログラム

9:30～	受付
10:00～12:00	褥瘡予防について 講師：増田未散（熊本大学医学部附属病院/皮膚・排泄ケア認定看護師） 【内容】褥瘡発生のメカニズムや予防方法（ベッドポジショニング、車イスシーティング、用具）、スキンケア、栄養などの褥瘡管理の基本が学べます。
12:00～13:00	昼休憩
13:00～16:00	褥瘡治療・ケアについて 講師：安田聖人（熊本赤十字病院/形成外科） 【内容】褥瘡治療・ケアの常識・非常識、創的的確な見方と効果的な薬剤の使用法、褥瘡の状態別“外用薬”“ドレッシング材”の使い方、チームアプローチなど、明日からの臨床に活かせる褥瘡ケアのポイントを専門医が教えます。
16:00	修了

※ この研修会は、部分受講（午前のみ受講、又は午後のみ受講）ができます。

共催

公益社団法人日本医師会・一般社団法人日本病院会・公益社団法人全日本病院協会・
一般社団法人日本医療法人協会・公益社団法人日本精神科病院協会

対象

医療・介護領域に従事する看護師、
准看護師、介護福祉士、ケアマネ
ジャー等

定員

60名

※先着順で定員になり次第締め
切ります。

受講料

会員：1日受講 4,000円
（部分受講2,000円）

非会員：1日受講 8,000円
（部分受講 4,000円）

※受講料は、当日払いです。

※「会員」とは、日本准看護師連
絡協議会の「正会員」「賛助会
員・個人」「学生会員」のことであり、
賛助会員・団体は会員扱いとはな
りません。

申込について

申込期限

平成30年6月1日～研修開催日
2週間前まで

申込方法

裏面の申込用紙をFAX送信、又は
下記QRコードからWEB申込み

申込QRコード



お問合せ先

一般社団法人

日本准看護師連絡協議会

〒108-0023

東京都港区芝浦3-15-14 6階

TEL:03-6435-0647

FAX:03-5232-3309

平成 30 年度一般社団法人日本准看護師連絡協議会研修会申込書

FAX ⇒ 03-5232-3309 メール ⇒ office@junkankyo.com

※会員の方は、Aのみ記入。 ※一般（非会員）の方は、A・B両方をご記入ください。

A	受講申込み研修会	開催地	受講希望される県の（ ）内に○をご記入ください。 ・ H30. 7/28 群馬県（ ） ・ H30. 11/15 新潟県（ ） ※ ・ H31. 1/29 大阪府（ ） ・ H31. 2/6 熊本県（ ） ※
		受講区分	※新潟県と熊本県の受講者は、希望する受講区分を○で囲んでください。 1日受講 ・ 部分受講（ 午前のみ ・ 午後のみ ）
	加入有無	<input type="checkbox"/> 正会員（会員番号：S- ） <input type="checkbox"/> 賛助会員・個人（会員番号：K- ） <input type="checkbox"/> 学生会員（会員番号：G- ） <input type="checkbox"/> 非会員	
	ふりがな受講者	ふりがな 氏名	※正会員の方でポイント利用でのお申込みは下記を必ずチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ポイント利用で無料申込み
	ふりがな施設名	※学生の場合、勤務先があれば施設名を右記（ ）内に記入（ ）	

B	職種	※該当する□にチェック、（ ）内は記載する <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 看護学生（ <input type="checkbox"/> 准看2年課程（ ）年生 ・ <input type="checkbox"/> 看護（ ）年課程（ ）年生）		
	生年月日	西暦	年 月 日生	
	※チェックした住所を右記 連絡先	〒	—	都道 府県
	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅	E-mail		TEL FAX
	※複数選択可 加入団体	<input type="checkbox"/> 日本医師会 <input type="checkbox"/> 日本病院会 <input type="checkbox"/> 全日本病院協会 <input type="checkbox"/> 日本医療法人協会 <input type="checkbox"/> 日本精神科病院協会 <input type="checkbox"/> 日本慢性期医療協会 <input type="checkbox"/> 全国老人保健施設協会 <input type="checkbox"/> 日本看護協会 <input type="checkbox"/> 日本精神科看護協会 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 無		

【お願い事項】

※申込書は、すべての記入が必須となります。空白がないことを確認してお申込みください。

※1枚の申込書で、1名のお申込みとなります。楷書ではっきりとお書きください。

※申込みに関する通知はすべてメールでご連絡差し上げます。未記入やアドレスが誤っている場合、通知が届かない原因となりますので間違えず・丁寧に記入ください。

※お申込み後、キャンセル・変更等が生じた場合は、速やかに事務局へご連絡をお願いします。

注：受講申込後に「受講申込完了通知」、その翌日以降に「受講承認通知」が自動配信されます。

お申込後7日以上経過してもメールが受信されない場合は、お手数ですが事務局にご連絡ください。

<お問合せ先>

一般社団法人日本准看護師連絡協議会 TEL : 03-6435-0647