

平成29年

一般社団法人日本准看護師連絡協議会「基礎研修会」

【日程】

平成30年1月17日(水) 10:00～16:00(※受付は9:30～)

10:00～12:00

『現場における倫理を学ぶ』

講師: 福原 百合(医療法人慈光会若久病院)

【講義内容】

倫理を学ぶ目的や倫理的な問題に直面した場面でどのように分析・判断するのか、事例を通して分かりやすく学べます。

13:00～16:00

『ここが知りたい！ 転倒転落、誤薬の防止』

講師: 首藤 敏夫(久留米大学病院)

【講義内容】

安全な環境を整えるために必要な、転倒転落・誤薬の要因と対策について学習します。

研修No
H29-8

対象: 医療・介護領域に従事する全職員

定員: 80名

受講料: 会員4,000円 一般(非会員)8,000円 ※当日払い

※この研修会は、昼食付き(お弁当)となります。

※「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。

※看護学生もすべての研修会を受講できます。当会の学生会員は「会員価格」で受講いただけます。

【お申込み】

・裏面の申込書を記入いただき、FAX又はメール送信、または、WEB(准看協ホームページ)からもお申込みいただけます。

申込期間: 平成29年3月6日(水)～平成30年1月10日(水)

※先着順での受付のため、定員になり次第締め切らせていただきます。ご了承ください。

【会場】 福精協会館

〒810-000 福岡県福岡市中央区清川3-14-20



福精協会館地図QR

主催: 一般社団法人日本准看護師連絡協議会

協力: 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

<お問合せ先>

〒108-0023 東京都港区芝浦3-15-14 6階 TEL:03-6435-0647 FAX:03-5232-3309 E-mail:office@junkankyo.com

平成 29 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

F A X ⇒ 0 3 - 5 2 3 2 - 3 3 0 9 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の両方をご記入ください。

A	受講申込み研修会	※希望の研修№にチェックを入れてください。 ※同時に2つ以上の研修会も申込み可（複数選択可） <input type="checkbox"/> H29-1 (岡山県 6/22) <input type="checkbox"/> H29-2 (福岡県 7/19) <input type="checkbox"/> H29-3 (宮城県 8/24) <input type="checkbox"/> H29-4 (東京都 9/25) <input type="checkbox"/> H29-5 (愛知県 10/27) <input type="checkbox"/> H29-6 (広島県 11/16) <input type="checkbox"/> H29-7 (東京都 12/14) <input type="checkbox"/> H29-8 (福岡県 1/17) <input type="checkbox"/> H29-9 (沖縄県 2/7)	
	加入有無	<input type="checkbox"/> 正会員（会員番号：Sー ） <input type="checkbox"/> 賛助会員・個人（会員番号：Kー ） <input type="checkbox"/> 学生会員（会員番号：Gー ） <input type="checkbox"/> 非会員	
	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 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 ー 都道 府県		
			E-mail	
			TEL	FAX
加入団体	※ 複数選択可 <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、すべてご記入ください。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（複数名申込み不可）。
- ※受講申込者氏名は、楷書ではっきりとお書きください。
- ※メールアドレスは必ず記入ください。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・丁寧に記入してください。
- ※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：受講申込みが完了したら、登録いただいたアドレス宛に「受講申込完了通知」を送付します。
 このメールは受講決定通知ではありません。申込締切後に、「受講承認通知」又は「受講不承認通知」のいずれかが届きますのでそちらでご確認をお願いいたします。

＜お問合せ先＞一般社団法人日本准看護師連絡協議会 T E L : 0 3 - 6 4 3 5 - 0 6 4 7