

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in新潟

平成30年 **11月15日(木)** 10:00~16:00 ※受付は9:30~

午前プログラム

10:00~12:00

地域包括ケアシステムと 新たな認知症施策(新オレンジプラン)

部分受講可

【講師】

佐野 英孝(医療法人社団敬成会白根緑ヶ丘病院 理事長・院長)

【講義内容】

医療機関等への入院から退院、そして安心して暮らせる地域づくりなどのプロセスに沿った取り組みなど最新の認知症施策が学べます。

午後プログラム

13:00~16:00

認知症の理解とケア

部分受講可

【講師】

大塚 恒子(一般財団法人仁明会精神衛生研究所 副所長)

【講義内容】

認知症の基本的知識や正しい対応方法、口腔ケアなど、症例をとおして具体的な実践的ケアが学べます。

会場

新潟県医師会館 3階大講堂

新潟県新潟市中央区医学町通二番町13番地 tel.025-223-6381



← 会館地図
QRコード

- 対象 医療・介護領域に従事する看護師、准看護師、介護福祉士等
- 定員 60名
- 受講料 会員:4,000円(部分受講は半額)・非会員:8,000円(部分受講は半額) ※当日払い

※部分受講対象の研修会です！午前のみ受講・午後のみ受講が選択できます！

※「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。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30年4月2日(月)～平成30年11月1日(木)

※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。

主催：一般社団法人日本准看護師連絡協議会

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、一般社団法人新潟県医師会

<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 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