

石医発第 326 号(業 213)
令和元年 10 月 17 日

施 設 長 様

石川県医師会

会長 安田 健二



日本准看護師連絡協議会研修会の開催について（ご案内）

仲秋の候 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は本会事業に格別のご支援とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて今般、日本医師会及び四病院団体協議会が支援している日本准看護師連絡協議会におきまして、別添のとおり令和元年 12 月 20 日（金）に本会館で研修会を開催することとなりました。

つきましては、業務ご多用のこととは存じますが、**貴院准看護師等**多数の参加（定員 60 名）について格別のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

准看護師に限らず、他の医療関係者や看護学生の方もご参加いただけます。

本会としてもなるべく多くの方に受講していただきたいと考えておりますので、准看護師等の平日の研修会受講、受講費用につきましても、貴院のご配慮を賜りたく、何卒よろしくようお願い申し上げます。

なお、お申込みは別紙により **12 月 6 日（金）迄**に日本准看護師連絡協議会宛に F A X 又はメールでお申し込みください。

また、准看協ホームページ（<http://www.junkankyo.com/workshop.php>）からも直接お申し込みいただけます。

非会員の方でも、その場でご入会いただければ、会員価格での受講が可能です。

■ 事務担当 ■

(公社)石川県医師会

業務課 中山

TEL : 076-239-3800

FAX : 076-239-3810

2019年度准看協研修会in石川

2019年12月20日(金) 10:00~16:00 ※受付は9:30~

プログラム

10:00~12:00

褥瘡ケア

講師：山中知子（医療法人社団浅ノ川千木病院）



13:00~16:00

褥瘡ケアに必要な栄養の知識

講師：左古ひとみ（金沢医科大学病院）



申込期間：2019年4月15日(金)~12月6日(金)

対象：医療・介護領域に従事する職員

定員：60名

受講料：会員4,000円
一般8,000円

※受講料は当日現金払い

会場：石川県医師会館

〒920-8660

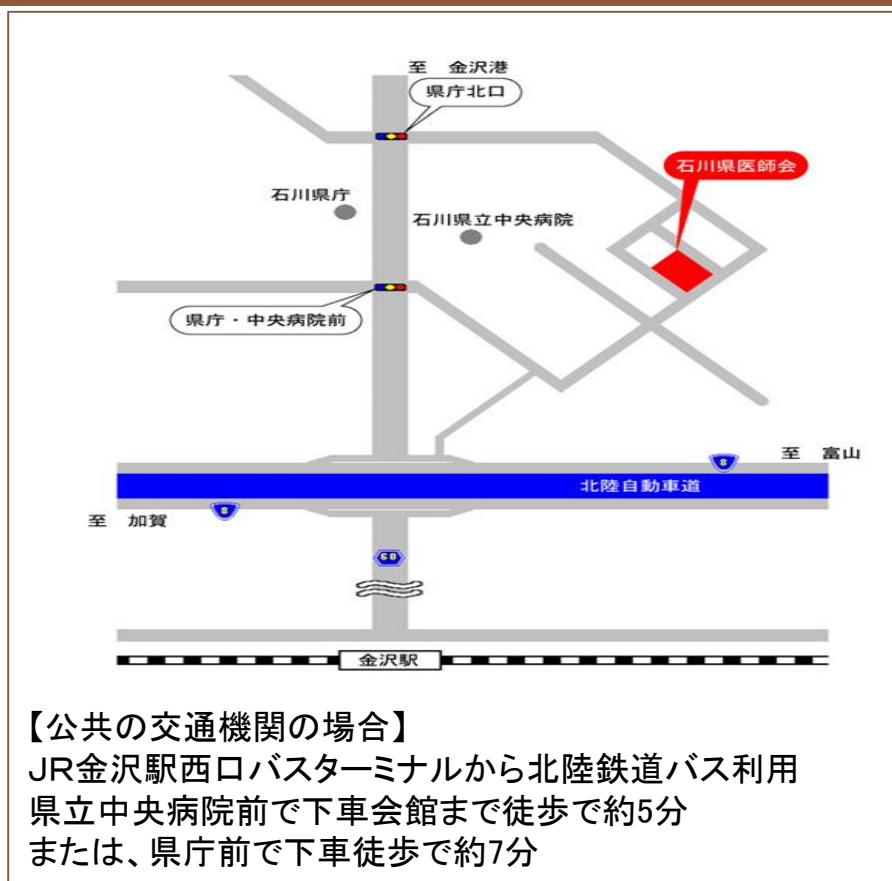
金沢市鞍月東2丁目48番地

※館内駐車場はございません。
公共交通機関をご利用のうえ
お越しください。

アクセスマップ ⇒

<申込方法>

- ・裏面申込書を記入後、FAX
又はメール送信ください。
- ・准看協ホームページから直接
お申込みいただけます。



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：准看協事務局> TEL:03-6435-0647 FAX:03-5232-3309



2019年度准看協研修会 FAX 申込書

FAX送信先 ⇒ 03-5232-3309 准看協事務局 行

申込み 研修会	日程：2019.12.20 会場：石川県医師会					
ふりがな 所属名						
連絡先	<input type="checkbox"/> 所属先住所 <input type="checkbox"/> 自宅住所 〒 -			電話番号		
				<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 携帯電話		
	<p>※お申込後の「受講承認通知」等ご連絡は、下記アドレスに送信します。必ずご記入ください。 ※会員の方は、登録アドレスに送信となります。</p> <p>返信先E-mail</p>					
※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					
受講 申込者	ふりがな 氏名		加入有無	職 種 ※非会員記入必須	生年月日 ※非会員記入必須	希望返信先 ※非会員記入必須
	①		<input type="checkbox"/> 会員 No _____ <input type="checkbox"/> 非会員		西暦 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 上記アドレス <input type="checkbox"/> 別アドレス
	※上記と異なる先に返信先を希望される方は、こちらに必ずご記入ください。					
	返信先E-mail					
	②		<input type="checkbox"/> 会員 No _____ <input type="checkbox"/> 非会員		西暦 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 上記アドレス <input type="checkbox"/> 別アドレス
	※上記と異なる先に返信先を希望される方は、こちらに必ずご記入ください。					
	返信先E-mail					
	③		<input type="checkbox"/> 会員 No _____ <input type="checkbox"/> 非会員		西暦 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 上記アドレス <input type="checkbox"/> 別アドレス
	※上記と異なる先に返信先を希望される方は、こちらに必ずご記入ください。					
返信先E-mail						

【お願い事項】

- ※申込書は、すべての記入が必須となります。該当に☑、楷書ではっきりとお書きください。
- ※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。
- ※当会からのご案内は、すべてメールでご連絡差し上げます。アドレス未記入や誤っている場合、未受信の原因となりますので間違えず・丁寧にご記入ください。

**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。
お申込みから7日以上経過しても受信メールが確認できない場合は、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