

平成29年

日本准看護師連絡協議会「基礎研修会」

研修No
H29-1

定員：60名

対象：医療・介護領域に従事する全職員

受講料：会員4,000円・一般(非会員)8,000円 ※当日払い

申込期間：平成29年3月6日(月)～平成29年6月1日(木)

申込締切を6/19(月)まで延長します！

平成29年

6月22日(木) 10:00～16:00

※受付9:30～

会場：岡山県医師会 第1会議室

岡山県岡山市北区駅元町19番2号

J R岡山駅中央改札口から徒歩3分



アクセスQRコード

プログラム

コミュニケーション

～考えれば考えるほど難しくなる～

受講ポイント
1ポイント

講師：佐藤智子（医療法人社団正心会よしの病院看護部長）

【主な講義内容】

コミュニケーションとは、コミュニケーションの手法、演習
「会話だけでなく、アイコンタクトや表情も、ここで今一つ
コミュニケーションについて考えてみましょう。」 etc

申込みについて

- ・裏面の申込書を記入いただき、FAX又はメールでお申込みください。
 - ・WEB(准看協ホームページ)からも、お申込みいただけます。
- ※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。受講料は有料。学生会員は「会員価格」、それ以外の学生は「非会員価格」での受講となります。
※正会員の方だけに付与される受講ポイント対象の研修会です。

主催：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 日本准看護師連絡協議会事務局

TEL:03-6435-0647 FAX:03-5232-3309 E-mail:office@junkankyo.com

平成 29 年度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No.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-) <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	
	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 (□准看2年課程 () 年生 ・ □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	
	□施設 □学校 □自宅	E-mail	
	加入団体	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> 日本准看護師連絡協議会 TEL: 03-6435-0647