

# 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

### 栄養について

講師：調整中



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

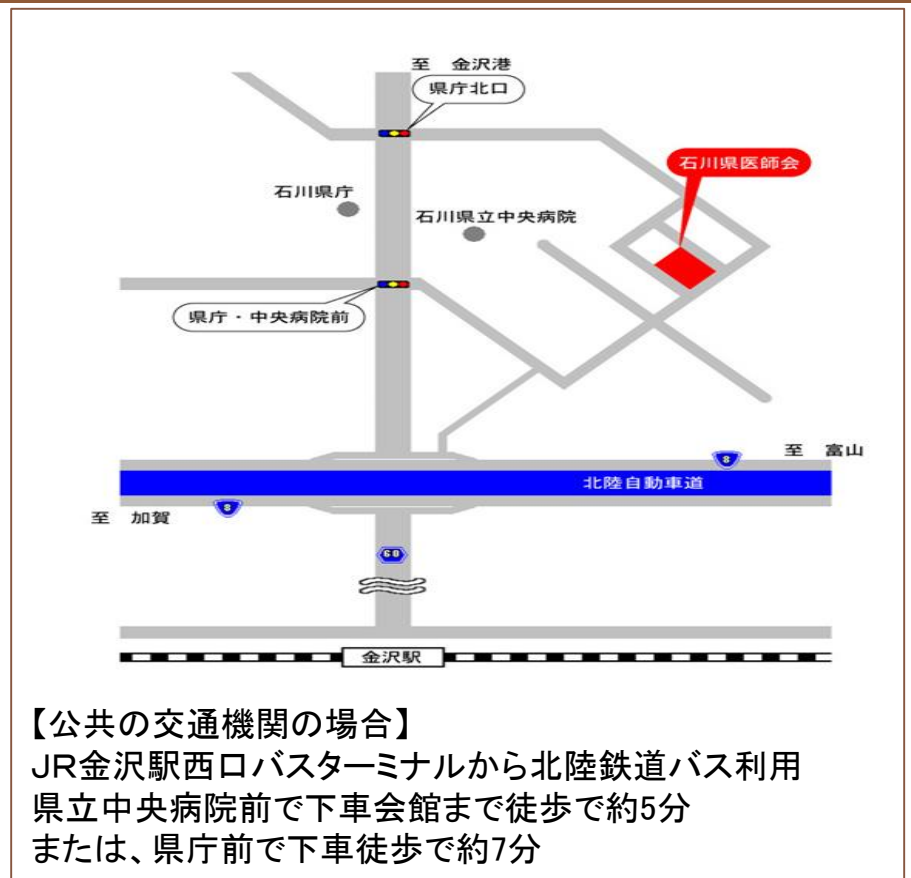
金沢市鞍月東2丁目48番地

※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