

平成29年度

日本准看護師連絡協議会ステップアップ研修会

看護実践

# 「精神症状に対応した 摂食嚥下機能への支援」

精神疾患患者の摂食嚥下障害の看護や、  
摂食嚥下障害の特徴とその支援について学習できます。

研修No: H29-2

日時

2017年7月19日(水) 10:00～16:00  
※受付は9:30～

会場

福岡県医師会館

福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号  
博多駅筑紫口から徒歩15分、福岡空港よりタクシー15分



福岡県医師会館  
地図QR

講師

高橋 清美 (日本赤十字九州国際看護大学 教授)

対象

看護師、  
准看護師、  
コメディカルスタッフ等

受講料

会員 : 4,000円  
一般 : 8,000円  
(非会員) ※当日払い

定員

60名

## 【お申し込み方法】

- ・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。

申込期間: 平成29年3月1日(水)～平成29年6月28(水)

※「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。

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

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。<br>※同時に2つ以上の研修会も申込み可（複数選択可）<br><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)<br><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)<br><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- )<br><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<br><br>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。<br><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<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><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  |        |
|      | <input type="checkbox"/> 施設<br><input type="checkbox"/> 学校<br><input type="checkbox"/> 自宅  | E-mail  | TEL    |
| 加入団体 | ※ 複数選択可<br><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<br><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<br><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