

※ホームページからも申込できます。

研修No.	開催期日	月	日	～	月	日
研修名						

No.	長崎県会員番号(6桁) ※非会員の方は番号欄に「非会員」と記入下さい。						(ふりがな) 氏 名	職 種 ※必須
1						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
2						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
3						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
4						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
5						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
6						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
7						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
8						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
9						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	
10						(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )	

◇受講料振込届◇

※受講料を振込後にお申込みください。

※やむを得ず振込みが後日になる場合は、振込次第「受講料振込完了届」(P.38)を FAX 下さい。

振込名義人	法人名などは登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。						
振込月日	年	月	日	〔振込先〕 十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会 会 長 副島 都志子			
受講料	会 員	円×	人分=				円
	非会員	円×	人分=				円
合計				円			

◇ 申込責任者 ◇

氏 名		役 職	
施設名		勤務部署	
住 所	〒		
TEL		FAX	

決定通知あり

※ホームページからも申込できます。

※決定通知は施設会員代表者宛へ送付させていただきます。

研修No.	開催期日	月	日	～	月	日
研修名						

施設推薦順位	* 下記に記入いただいた内容は、本研修のみの資料と致します。					
氏名	(ふりがな)				性別	年齢
					男 女	歳
県会員番号	No.				※非会員の方は非会員と記入	
職 種	保・助・看・准 その他( )		経験年数:	年	管理者経験年数:	年
施 設	所属施設名(略さず正式名称でご記入ください)					病床数
	施設住所 〒 —					TEL ( )
						FAX ( )
	所属部署(例:病棟名や【地域連携室】などの部署名 ※電話連絡時に使用)				勤務領域(例:診療科名や業務内容)	
職位 役割	職位 : (自施設での呼称)			担当役割(例:係や委員会、病棟内・院内等の 領域、専任・兼任等の役割内容)		
	その職位は以下のいずれに相当しますか、 ✓をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護副部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他( )					
参加動機と 学習課題	(受講動機及び当該領域の実践で困っていること)					
	(この研修で何を学びたいか、学習課題)					
上司の推薦	氏名					
	_____を					
	_____研修の受講者として推薦いたします。					
	役職名			氏名		

\* 空欄がある場合受け付けないこともあります。該当しない項目には斜線を引いてください。

\* 決定通知後、受講料を振込みください。また、「受講料振込完了届」のFAXも必ずお願いします。

平成 29 年度長崎県看護協会研修会【尊厳を守る看取りケア】研修申込書

長崎県看護協会研修センター FAX 0957-49-8059

\*FAX のみの申込となります、決定通知はありません。

申込期間：5月1日～5月31日

氏名	(ふりがな)				性別	年齢
					男 女	歳
県会員番号	No.				※非会員の方は非会員と記入	
職 種	保・助・看・准 その他( )			経験年数:	年	管理者経験年数: (主任以上)
						年
施 設	所属施設名(略さず正式名称でご記入ください)					病床数
	施設住所 〒			TEL ( )		床
				FAX ( )		
所属部署(例:病棟名や【地域連携室】などの部署名 ※電話連絡時に使用)					勤務領域(例:診療科名や業務内容)	
職位 役割等	職位: (自施設での呼称)				担当役割(例:係や委員会、病棟内・院内等の 領域、専任・兼任等の役割内容)	
	その職位は以下のいずれに相当しますか、 ✓をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護副部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他( )					

◆研修選択記入欄◆

非会員は倍額になります

各論選択受講領域に○をおつけください

No	研修内容	日 時	受講料(非会員額)	申込
1	総 論(必須)	7/8(土)9:30~15:30	6,000(12,000)円	○
2		7/9(日)9:30~15:30		
1	各 論	介護保険施設	3,000(6,000)円	
2		在宅	3,000(6,000)円	
3		一般病棟	3,000(6,000)円	
4		周産期・小児	3,000(6,000)円	
5		救急・災害	3,000(6,000)円	
合 計			円	

◇受講料振込届◇

※受講料を振込後にお申込みください。

※やむを得ず振込みが後日になる場合は、振込次第「受講料振込完了届」(P.38)を FAX 下さい。

振込名義人	法人名などは登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。				
振込月日	年	月	日	[振込先]	
受講料	会 員	円×	人分=	円	十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会 会 長 副島 都志子
	非会員	円×	人分=	円	
	合 計				
申込責任者	氏名:		TEL:		

# 平成 29 年度 長崎県看護協会研修会〔通配信研修申込書〕

FAX 0957-49-8059

※FAX のみの申込みとなります。

研修No.	60	開催期日時	平成 30 年 1 月 27 日(土) 13時30分～16 時
研修名	患者・家族へのインフォームドコンセント～高齢患者と家族を支えるために～		

◇受講会場◇ 希望の会場に○をお付け下さい。

※受講料は会員価格を表記しています。

配信会場	ながさき看護センター (諫早市) 2,000 円			
受信会場	(下五島支部)1,000 円 長崎県五島中央病院	(上五島支部) 1,000 円 長崎県上五島病院	(壱岐支部) 1,000 円 長崎県壱岐病院	(対馬支部) 1,000 円 長崎県対馬病院

No.	長崎県会員番号(6桁) ※非会員の方は番号欄に「非会員」と記入下さい。	(ふりがな) 氏 名	職 種 ※必須
1		(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )
2		(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )
3		(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )
4		(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )
5		(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )
6		(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )
7		(ふりがな)	保・助・看・准 その他( )

◇受講料振込届◇

※受講料を振込後にお申込みください。

※やむを得ず振込みが後日になる場合は、振込次第「受講料振込完了届」(P.38)を FAX 下さい。

振込名義人	法人名などは登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。				
振込月日	年	月	日	〔振込先〕 十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会 会 長 副島 都志子	
受講料	会 員	円×	人分=		円
	非会員	円×	人分=		円
	合計			円	

◇ 申込責任者 ◇

氏 名		役 職	
施設名		勤務部署	
住 所	〒		
TEL		FAX	

## 糖尿病重症化予防フットケア ブラッシュアップ研修 申込書

\* 申込みはFAXのみとなります。

研修No.	61	開催期日	平成30年 1 月 28 日 (日) 10時~16時
-------	----	------	----------------------------

申込期間は11月1日~11月30日 \* 下記に記入いただいた内容は、本研修のみの資料と致します。

氏名	(ふりがな)				性別	年齢	
							男 女
県会員番号	No.				※非会員の方は非会員と記入		
職 種	保・助・看・准 その他( )			経験年数:	年	管理者経験年数: (主任以上)	
施 設	所属施設名(略さず正式名称でご記入ください)					病床数	
	施設住所 〒				TEL	( )	
					FAX	( )	
	所属部署(例:病棟名や【地域連携室】などの部署名 ※電話連絡時に使用)					勤務領域(例:診療科名や業務内容)	
職位 役割	職位 : (自施設での呼称)				担当役割(例:係や委員会、病棟内・院内等の 領域、専任・兼任等の役割内容)		
	その職位は以下のいずれに相当しますか、 ✓をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護副部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他( )				日本糖尿病療養指導士の取得 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

### ●糖尿病重症化予防フットケア ブラッシュアップ研修

1. 下記要件を満たしている項目にチェック☑をしてください。

- 1) 糖尿病重症化予防フットケア研修修了
- 2) 糖尿病合併症管理料算定の実績を有する

2. 今回の研修における参加動機と学習課題を簡潔に箇条書きでお書き下さい。

### ◇受講料振込届◇

※受講料を振込後にお申込みください。

※やむを得ず振込みが後日になる場合は、振込次第「受講料振込完了届」(P.38)を FAX 下さい。

振込名義人	法人名などは登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。				
振込月日	年	月	日	〔振込先〕	
受講料	会 員	円×	人分=	円	十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会 会 長 副島 都志子
	非会員	円×	人分=	円	
	合計				

\* 空欄がある場合受け付けないこともあります。\* 定員になり次第申込みを終了させていただきます。

平成 29 年度 長崎県看護協会研修会  
【受講料振込完了届】

FAX 0957-49-8059

申込書 1 に振込届で実際の振込日を記載頂いている場合は不要です。  
ただし、複数の研修分をまとめてお振込みされる場合は、必ず研修 No.ごとにご記入ください。

研修No.	研 修 名	受 講 料	合 計
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		会 員(        )円×(    )人 非会員(        )円×(    )人	
		<b>総計： ￥</b>	

振込名義人	法人名など登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。
振込月日	年        月        日

《振込先》

十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会 会 長 副島 都志子
--

◇ 申込責任者 ◇

氏 名		役 職	
施設名		勤務部署	
住 所	〒		
TEL		FAX	