

【締切延長】



No.33 助産実践能力強化支援研修



～CLoCMiP に活用できる研修その3～

ねらい：安全で安心な助産ケアを行うために、必要な知識・技術・診断等々を学び、助産実践能力の向上を図る。

日	時	平成 29 年 8 月 1 日(火)	9:45～16:15
会	場	千葉県看護会館	千葉市美浜区新港 249-4
対	象	産科病棟を有する病院・産科医院・助産所等の助産師	
修了証交付		修了の要件を満たした方には修了証を交付します。 *CLoCMiP ステップアップ研修2つの修了証を交付します。	
費	用	会員 7,000 円	非会員 18,000 円

プログラム内容

1. 「助産ケアと倫理」 *CLoCMiP ステップアップ研修
川島助産院 院長 川島広江

2. 「出血時の対応と看護」 *CLoCMiP ステップアップ研修
医療法人医療社団誠馨会千葉メディカルセンター
看護師長 大和田 達代



*平成 30 年度の本研修の開催については未定ですので、
ぜひ今年度受講されることをおすすめします。

◎申込方法：< 様式 1 >を F A X で送信

平成 29 年 7 月 14 日(金) 必着

(問い合わせ先) 千葉県看護協会 教育部
Tel 043-245-1980 Fax 043-248-7246
URL <http://www.cna.or.jp>



平成 29 年度 千葉県看護協会研修申込書

太枠内のすべての項目にご記入ください。□には、該当項目に✓(チェック)をつけてください。

研修名 No.33 助産実践能力強化支援研修～CLOCMiP に活用できる研修その 3～ (8/1)

会員区分 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	千葉県看護協会会員番号 _____	フリガナ _____ 氏 名	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	職 種 <input type="checkbox"/> 助産師	実務経験 _____ 年
職 位			
<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 副師長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> 副主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
施設会員の方		個人会員の方	
施設名		受講決定通知書送付先 (〒 _____)	
病床数または利用者定員	施設内順位 <small>※定員を超えた場合は、施設内順位を考慮し受講決定をします。施設内から複数名申込みの場合は、必ず記入してください。</small>	連絡先電話番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
受講料支払者 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 受講者本人	受講決定可否の案内 <input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> 郵送	勤務している方はその施設名	

講師への質問

【郵送による申込方法】

①様式 1 ②82 円切手を貼付した返信用封筒 (定型長 3 封筒) を千葉県看護協会教育部宛にお送りください。

【受講料支払者】

施設担当者が支払いおよび支払手続き (担当者が支払手続き後、コンビニ払いの用紙等を受講者に渡し、受講者が支払う場合を含む) を行う場合は、[施設] を選択してください。

【受講決定可否の案内】

千葉県看護協会ホームページの 施設専用サイト (施設用 ID・パスワードが必要) から受講決定通知書をダウンロードできる場合は Web を選択してください (個人会員の方は郵送のみ)。