

## No.35 保健師実践能力向上研修

### ～ 一瞬で伝えるテレビ式プレゼンテーション ～

**ねらい** 保健師活動に必要なプレゼンテーションスキルを高め、保健師実践能力の向上を図る。

日時 平成29年12月2日(土) 9:40~15:45  
会場 千葉県看護会館 千葉市美浜区新港 249-4  
対象 保健師  
定員 30名  
費用 会員 2,500円 非会員 8,000円

### プログラム&講師紹介

#### 1.プレゼンテーションとは

#### 2.伝え方・話し方・見せ方・聞かせ方

- ①伝え方(最初に結論、3点で伝える、数字で伝える、ビジュアルで伝える、短いタイトルで伝える)
- ②話し方(言葉の選び方、テレビ式台本の書き方、リハーサルと事後チェック)
- ③見せ方(スライド文字の見せ方、物品を使つての見せ方)
- ④聞かせ方

#### 3.保健師活動とプレゼンテーションスキルの活かし方

**講師** イープレゼン プレゼンコンシェルジュ 天野 暢子

～資料で夢をかなえていく～ 日本で唯一のプレゼン・コンシェルジュ

民放キー局等でニュースや情報番組の校閲、テロップ、フリップ制作監修、番組Webサイト制作などの業務を通じてテレビ業界の演出ノウハウに詳しい。視聴者からの画面の見え方、誤解される可能性のある表現の回避などを中心にチェックを行っている。

看護職対象の研修は看護教員の夏季講座等を開催。



◎申込方法：千葉県看護協会ホームページまたは郵送にて申込下さい。

◎申込期限：平成29年10月1日～平成29年10月31日(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。

<b>研修名</b> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>No.35 保健師実践能力向上研修</b>  <b>～ 一瞬で伝えるテレビ式プレゼンテーション ～</b> </div>
---

<b>会員区分</b> <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	<b>千葉県看護協会会員番号</b> _____	<b>フリガナ</b> _____	<b>氏名</b> _____
<b>性別</b> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<b>生年月日</b> <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<b>職 種</b> <input type="checkbox"/> 保健師	<b>実務経験</b> _____ 年
<b>職 位</b>			
<input type="checkbox"/> 次長	<input type="checkbox"/> 課長	<input type="checkbox"/> 課長補佐	<input type="checkbox"/> 所長
<input type="checkbox"/> 主査	<input type="checkbox"/> 副主査	<input type="checkbox"/> 主任	<input type="checkbox"/> 副主任
<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 主幹	<input type="checkbox"/> 副主幹
		<input type="checkbox"/> 技師	<input type="checkbox"/> 主事

施設会員の方		個人会員の方	
<b>施設名</b> _____		<b>受講決定通知書送付先</b> (〒 _____ )	
<b>病床数または利用者定員</b> _____	<b>施設内順位</b> <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>	<b>連絡先電話番号</b> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
<b>受講料支払者</b> <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 受講者本人	<b>受講決定可否の案内</b> <input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> 郵送	<b>勤務している方はその施設名</b> _____	

<b>講師への質問</b> _____ _____ _____
--

**【郵送による申込方法】**

①様式1 ②返信用封筒(定型長3封筒・宛先記載・切手貼付)を千葉県看護協会教育部教育課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)。

公益社団法人千葉県看護協会 教育部教育課

〒261-0002 千葉市美浜区新港 249-4 TEL : 043-245-1980 (直通) FAX : 043-248-7246