

市川地区 個人会員 各位

公益社団法人 千葉県看護協会
会 長 増 渕 美 恵 子
(公印省略)

市川地区部会長
中 山 聡 子
(公印省略)

市川地区部会連絡会への参加について（ご案内）

平素は、当協会にご支援ご協力をいただき厚く感謝申し上げます。
このたび、標記会議を下記により開催致します。皆様のご参加をお待ちしております。
記

1. 日 時 令和 8 年 7 月 24 日（金） 連絡会 15：00～17：00
2. 会 場 IMS グループ医療法人財団明理会 行徳総合病院 12 階 講堂
〒272-0103 千葉県市川市本行徳 5525-2
TEL：047-395-1151（代）
3. 議 題
 - I. 出席者紹介
 - 1) 令和 8 年度 役員自己紹介
 - 2) 各施設代表者自己紹介
 - II. 報告事項
 - 1) 令和 7 年度 市川地区部会活動実績報告
 - 2) 令和 8 年度 市川地区部会「看護の日」実施報告
 - 3) 令和 8 年度 第 1 回「まちの保健室」実施報告
 - 4) 令和 8 年度市川地区部会研修会「せん妄と認知症の理解」
実施報告
 - 5) 令和 8 年度 市川地区部会年間活動計画について
 - 6) 令和 8 年度 第 1 回地区部会長会報告
 - III. 検討事項
 - 1) 令和 8 年度 第 2 回「まちの保健室」について
 - 2) 令和 8 年度 第 2 回 市川地区部会研修について
 - 3) 令和 9 年度 市川地区部会「看護の日」について
 - 4) 役員当番施設について
 - IV. その他
 - 1) 情報交換・意見交換

※別紙 FAX 送付票でお申し込みください

FAX 送付票

*7月13日までにご連絡ください。

中山 聡子 宛

FAX 047-399-2422

(行徳総合病院 TEL: 047-395-1151)

(個人会員氏名) :

TEL :

*第1回市川地区部会連絡会(7/24)に出席します。(出席者は会員に限ります。)

役職	氏 名

*交通費の支払い準備のため、経路と金額の記入をお願いします。(自家用車はキロ数も記入)

旅 費 申 告 書		
[自宅・施設 住所]		
乗 物	区 間	往復料金
バ ス	～	
私 鉄	～	
J R	～	
自家用車	～	
合 計		

* 旅費は、自宅又は職場から最短距離に要した費用で支給します。
自宅か施設のどちらかに○をつけて、住所をご記入ください。

* 自家用車は、1km/30円で計算してください。

★自家用車使用の方は、必ず余白に往復のキロ数も記入してください。(1キロ未満切り捨て)

連絡会において、協議したい内容や意見交換などご希望がありましたら記入をお願いします。

--