

令和3年度 第23回「フォローアップ研修」会場参加申込用紙
日精協通信教育事務局 FAX番号 03-5232-3315

下記太枠内の①～⑥をご記入ください

希望するものに○

| | 開催日 | 時間 | 内 容 | 受講希望 |
|------------------|--------------------------------------|-------------|--|--|
| ① | 7月5日 | 10:10～11:50 | 看護倫理 | |
| | | 12:50～14:50 | ヒューマンエラー対策 | |
| | | 15:00～16:30 | 多職種における精神科チーム医療 | |
| | | 16:40～18:10 | 人材育成 | |
| | 7月6日 | 9:30～11:00 | 職場のメンタルヘルス | |
| | | 11:10～12:40 | 精神科看護管理学 | |
| | | 13:50～14:50 | 精神科病院管理学（職場管理） | |
| | | 15:10～17:10 | 精神科病院管理学（精神科病院の経営特性） | |
| | 7月7日 | 9:30～11:00 | 精神科医療事故と法律リスク・マネージメント | |
| | | 11:10～12:10 | 精神科医療の将来展望 | |
| 13:10～14:50 | | 接遇・マナー術 | | |
| ② | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| ③ | 勤務先 | | | |
| ④ | 通信教育修了回／修了番号 | | 第（ ）回 修了番号（ - ） | |
| | | | ※不明な場合、下記におおよその修了年度をご記入ください 平成・令和（ ）年度 修了 | |
| ⑤ 決定通知 送付先 | 連絡先 | 住所 | （ 勤務先 ・ 自宅 ） ※いずれかをご選択ください 〒 - | |
| | | | TEL | （ 勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯 ） ※いずれかをご選択ください （ ） - （ ） - （ ） |
| ⑥ | 日本精神科医学会 認定看護師更新の為の受講ですか（ はい ・ いいえ ） | | | |

申込結果（FAX）を希望される場合、下記ご記入ください

| ⑦ | 返信先宛名 | 返信先FAX番号 |
|---|-------|-----------------|
| | 様 | （ ） - （ ） - （ ） |

※申込結果は指定の返信先へFAXにてお知らせします。

※返信先宛名・返信先FAX番号のないものは、FAXでの結果通知は行いません（「決定通知書」を後日ご郵送いたします）。

申込結果

申込が受理されました。後日「決定通知書」を送付します。

既に定員に達しており、残念ながら受付できませんでした。