

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。