

第 3 回 教育委員会・三部会合同研修会

教育委員会・三部会合同企画として、9 月の第 2 週末に 1 日集中研修会を開催はじめて、三回目を迎えます。

今年は、午前中の「産科における母体救急とその対応」を CLoCMiP レベルⅢ[®] 認証申請のためのステップアップ研修として位置づけています！午後からは「最新の不妊治療の実際」について詳しく学ぶとともに、日常の助産実践に役立つ「妊娠中の管理と分娩介助のコツ」について、あらためてその極意を授かりたいと思います。みなさまのお申し込みをお待ちしております！

日 時：平成 30 年 9 月 8 日(土曜日) 9:30～16:10 場 所：ピアザ淡海 207 会議室
滋賀県大津市におの浜 1-1-20 TEL077527-3315



プログラム：

9:30～9:50	～ 受付 ～	
9:50～10:00	開会挨拶 オリエンテーション	
10:00～12:00	産科における母体救急とその対応 ：産科出血と京都プロトコルを中心に †*	京都大学 医学部附属病院 産科婦人科 医 師 近藤英治先生
12:00～13:00	～ 休憩 ～	
13:00～14:30	最新の不妊治療の実際 ◇	滋賀医科大学医学部産科婦人科学教室 医 師 木村文則先生
14:30～14:40	～ 休憩 ～	
14:40～16:00	妊娠中の管理と分娩介助のコツ ◇	毛利助産所 助産師 毛利多恵子先生

† CLoCMiP レベルⅢ[®] 認証申請のためのステップアップ研修(修了証の発行は助産師免許有資格者のみ)
尚、認証申請受講修了証が必要な方は、別途発行手数料 500 円が必要となります。

日本助産師会 継続教育一般ポイント[◇]および安全ポイント^{*}発行予定参加費：

区分	1 日(事前申込)	半日(事前申込)	1 日(当日)	半日(当日)
会 員	5,000 円	2,500 円	8,000 円	3,000 円
非 会 員	10,000 円		16,000 円	
学 生	2,000 円	1,000 円	3,000 円	1,500 円
賛助会員	1,000 円	500 円	1,500 円	800 円

* 滋賀県助産師会の非会員者は、事前申し込み受付期間を 8/1(水)～8/24(金)とさせていただきます。

申込期間内でも参加定員(60 名程度)に達した場合は、受付を終了いたしますのでご了承ください。

申し込み方法

[FAX の場合]裏面の申込用紙に必要事項をご記入の上、8/24(金)までにお申し込みください。

[メールの場合]件名に「合同研修会申し込み」と記し、裏面の必要事項をご入力の上、下記アドレスまで送信ください。

事前申込の方は、郵貯銀行振込票にて参加費を 8/24(金)までにお振込みください。参加費の振込み確認をもって、事前申し込みの手続き完了と致します。郵便振替口座 00900-2-272984

* CLoCMiP レベルⅢ[®] 認証申請修了証希望の方は、発行手数料を加算してお振込みください。発行手数料のみは、当日受付可です。事前申し込みで入金された参加費は、参加を取りやめられた場合でも返金できませんのでご了承ください。

なお、8/24(金)以降は、残席がある場合のみ当日受付とさせていただきますので、お早目のお申し込みをお願いします。

連絡先：一般社団法人滋賀県助産師会 〒520-304 滋賀県栗東市出庭 1199-2

TEL/FAX : 077-553-3931 (電話: 平日 10:00～16:00 のみ対応)

E-mail: shiga-mw@mx.biwa.ne.jp



参加申込 FAX 送信用

【077-553-3931】

一般社団法人 滋賀県助産師会「子育て・女性健康支援センター」宛

H30 年度 教育委員会・三部会合同研修会（H30.9.8 開催）参加申込書

申し込み締め切り：8月24日（金）

日本助産師会の会員番号および助産師免許番号は、継続教育ポイント発行と CLoCMiP レベルⅢ[®] 承認研修
修了証発行（助産師免許有資格者のみ）リスト提出時に必要となりますので、もれなくご記入ください。

氏名 <input type="checkbox"/> 1日参加 <input type="checkbox"/> 半日参加（午前・午後）	所属	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 会員番号（ - ）
	職名	助産師免許番号	<input type="checkbox"/> 非会員
氏名 <input type="checkbox"/> 1日参加 <input type="checkbox"/> 半日参加（午前・午後）	所属	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 会員番号（ - ）
	職名	助産師免許番号	<input type="checkbox"/> 非会員
氏名 <input type="checkbox"/> 1日参加 <input type="checkbox"/> 半日参加（午前・午後）	所属	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 会員番号（ - ）
	職名	助産師免許番号	<input type="checkbox"/> 非会員
氏名 <input type="checkbox"/> 1日参加 <input type="checkbox"/> 半日参加（午前・午後）	所属	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 会員番号（ - ）
	職名	助産師免許番号	<input type="checkbox"/> 非会員
氏名 <input type="checkbox"/> 1日参加 <input type="checkbox"/> 半日参加（午前・午後）	所属	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 会員番号（ - ）
	職名	助産師免許番号	<input type="checkbox"/> 非会員

*当てはまる□内に✓をつけてください。

*ご記入いただきました個人情報、本研修の事務手続き目的以外に使用いたしません。

*資料準備の関係上、半日参加を希望される方は、午前・午後の区分を○で囲んで明記してください。

*メールでお申し込みの場合は、上記情報を必ず記載してください。