

平成 29 年度「保健師・看護師等全国研修会」の開催のお知らせ

保健師・看護師・管理栄養士を対象とした研修会のお知らせです。

本研修会は、保健事業に携わる専門職を対象に、最新の知見に基づく情報や効果的な事業を推進するために必要な知識・技能の習得による資質の向上を図り、参加者同士の情報交換による交流を深めることを目的とした研修会です。

【開催日時】

平成 30 年 2 月 1 日（木）研修 13:00～17:00 懇親会 17:10～19:00
2 月 2 日（金）研修 10:00～16:30 《2 日間》

【対象者】

専門職（健保組合もしくは健保組合に加入する事業所に所属する保健師・看護師・管理栄養士、都道府県連合会共同設置保健師）※2 日間を通して受講できる方

【申込受付期間】

平成 29 年 12 月 4 日（月）～ 平成 29 年 12 月 25 日（月）

【申込方法】

- ① 健保組合所属の方・都道府県連合会所属の方は、健保連イントラネットの「研修会案内」からお申込みください。
- ② 事業所所属の方は、加入する健保組合を通して、健保連イントラネットからお申込みください。健保組合を通すことができないご事情がある場合は、FAXにてお申込みください。**（必須事項は、もれなく正確に入力して下さい。記入のない場合は、照会のご連絡をさせていただく場合がございます。）**

【関連書類】

下記の添付書類をご確認ください。

・開催要領 ・プログラム ・会場案内 ・FAX 参加申込書

担当：保健部 保健指導業務グループ

TEL：03-3403-0980

健康保険組合連合会主催 平成 29 年度「保健師・看護師等全国研修会」開催要領

1. 目的

本研修会は、保健事業に携わる専門職を対象に、最新の知見に基づく情報や効果的な事業を推進するために必要な知識・技能の習得による資質の向上を図り、参加者同士の情報交換による交流を深めることを目的とします。

2. 開催期日・会場

日 時：平成 30 年 2 月 1 日（木）研修 13:00～17:00 懇親会 17:10～19:00
2 月 2 日（金）研修 10:00～16:30 《2 日間》

会 場：コンベンションルーム A P 東京八重洲通り ※「会場案内」参照
〒104-0031 東京都中央区京橋 1 丁目 10 番 7 号 K P P 八重洲ビル 11 階
TEL 03-6228-8109

3. 対象者

専門職（健保組合もしくは健保組合に加入の事業所に所属する保健師・看護師・管理栄養士、都道府県連合会共同設置保健師）※2 日間を通して受講できる方

4. 定員

150 名

申し込みが定員を超えた場合、以下の 2 段階で参加決定させていただきます。

- ① 各健保組合（本部・支部および加入事業所をひとつの健保組合として）からの参加を 1～2 名までとする。
- ② 健保組合所属の保健師・看護師・管理栄養士を優先する。

5. 申込方法

- ① 健保組合所属の方・都道府県連合会所属の方は、健保連イントラネットの「研修会案内」からお申込みください。
- ② 事業所所属の方は、加入の健保組合を通して、健保連イントラネットからお申込みください。健保組合を通すことができないご事情がある場合は、FAXにてお申込みください。

6. 参加費

23,760 円（税込み） ※ 資料代および懇親会費（1 日目）、昼食代（2 日目）を含む

- ・ 請求書は発行いたしません。
- ・ 宿泊費は含まれておりません。また、宿泊先は各自ご手配ください。
- ・ 参加費の振込口座等は、参加決定通知をお送りする際にご連絡いたします。

7. 研修内容

詳細は別紙プログラム参照。

8. 注意事項

○ 申込書への記入について

- ・ 記入項目はすべて必須です。正確にご記入ください。
- ・ メールアドレスはご本人様に確実に届くアドレスをご記入ください。

○ 個人情報の取扱いについて

参加申込みの際にいただいた情報については、健保連本部が責任をもって管理し、本研修会を的確に開催・運営するために使用します。また、健保連本部の事業に関して機密保持契約している場合に限り、第三者に開示する場合があります(委託業者、運送業者、金融機関等)。

○ その他

当日、会場へのパソコン、レコーダー等の持ち込みはご遠慮ください。

担 当：保健部 保健指導業務グループ

TEL 03-3403-0980

会場案内

【会場】 コンベンションルームA P 東京八重洲通り

〈研修会場：11階 KLM ルーム〉

【住所】 〒104-0031

東京都中央区京橋 1 丁目 10 番 7 号 KPP 八重洲ビル

【TEL】 03-6228-8109



交通
アクセス

JR 線「東京」駅八重洲中央口より徒歩 6 分

東京メトロ銀座線「日本橋」駅より徒歩 5 分・「京橋」駅より徒歩 4 分

都営浅草線「宝町」駅より徒歩 4 分

(FAX : 03-3470-3540)

平成 29 年度「保健師・看護師等全国研修会」参加申込書

1. (フリガナ) 参加者氏名 _____

2. 所属

・ア. 健康保険組合 イ. 事業所 ウ. 都道府県連合会

・所属名称 _____

(事業所の方は健保組合名 : _____)

・勤務地 (都道府県) _____
都道府県

・連絡先 〒 _____

(フリガナ)
宛名 _____

電話番号 _____

3. 参加決定通知の送信先 E-mail _____

※ E-mail アドレスは、申込者本人に確実に届くアドレスをご記入ください。

4. 職種 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士

5. 職域・産業保健における経験 _____ 年 _____ ヶ月

平成 年 月 日

健保組合名または事業所名 _____

理事長名または所属長名 _____