

## 一般社団法人兵庫県助産師会主催

### 2021 年度 新生児蘇生法研修会 「専門」コース（A コース）（NCPR 認定事業）

平素より兵庫県助産師会の研修にご理解・ご協力いただきありがとうございます。昨年度は、新型コロナウイルス（COVID-19）感染症の影響で実施できなかった NCPR 研修を今年度は開催いたします。感染状況によっては、中止の可能性もありますのでご了承下さい。

※当日はご自宅で検温と体調確認を行った上でご参加いただき、研修中はマスク着用とフェイスシールドのご持参をお願い致します。

#### 【開催要項】

日時：2021 年 7 月 25 日（土） 9:30～16:00

\* 受付は研修開始 30 分前から行います

対象：新たに認定を受うけられる方

内容：新生児蘇生法技術の質の維持を目的とした「講義」、「手技確認」、「シナリオ演習」

※講義の前にプレテストを行います。「日本版救急蘇生ガイドライン 2020」に基づく新生児蘇生法テキスト（第4版）をご購入の上、事前学習をしてください。テキストは、当日ご持参ください。

事前学習をしてください。テキストは当日ご持参ください

募集人数：8 名

募集開始：令和 3 年 7 月 1 日～ ※定員になり次第募集を終了します

講師：I 認定 NCPR インストラクター（小児科医師）

受講料：8,000 円

#### 【注意事項】

・キャンセルされる場合は、受講料の振り込みの有無にかかわらず、必ず本会までご連絡ください

※キャンセル時の返金は致しません。

・新型コロナウイルス（COVID-19）感染症の状況によっては、中止の可能性もあります。HP にてご確認ください。

#### 【感染対策】

・当日は、自宅で検温と体温調節を行った上でご参加下さい。

・研修室への入室時には検温と手指消毒・体調確認をさせていただきます。

・マスク着用・演習時にはフェイスシールドの着用をお願い致します。※フェイスシールドをご持参下さい。

・演習時も各自、手指消毒をお願いします。物品使用後は、その都度消毒を実施致します。

・座席も一定の距離をとらせていただきます。

・1 日研修になります。飲み物・昼食のご準備をお願いします。感染・時間の関係上、研修室で摂取してください

い。昼食時には、十分に座席の距離をはなし、召し上がって下さい。黙食が望ましいです。

※万が一、後日、感染者が発生した場合、兵庫県助産師会としましては一切の責任を負いません。各自、感染対策にご協力をお願い致します。

### 【申込方法】

※受講の可否につきましては、決定しだいに連絡致します。

### 【会場】

兵庫県学校厚生会館

〒650-0012 兵庫県神戸市中央区北長狭通 4-7-34

地図



- ・JR「元町」・阪神「元町」駅東口から北へ徒歩 2 分
- ・神戸市営地下鉄「県庁前」駅から、南東へ徒歩 5 分
- ・阪急「三宮」駅西口から、西へ徒歩 7 分
- ・駐車場はございませんので近隣の有料駐車場をご利用下さい。

### 【お問い合わせ先】

一般社団法人 兵庫県助産師会 事務局

〒650-0011 神戸市中央区下山手通 5-8-14 山手ダイヤハイツ 305

TEL : 078-362-1310 (平日 10:00~16:00)

HP : 右の QR コードから、または、インターネットで「兵庫県助産師会」を検索

URL : <http://hyogo-josanshikai.com/>



一般社団法人兵庫県助産師会主催

2019 年度 新生児蘇生法研修会「スキルアップ」コース（Sコース）申込書

FAX 078-362-2737 (24 時間送信可)

ふりがな	
氏名	
希望時間 (○をつける)	第1希望：(1) 9:30~12:30 ・ (2) 13:30~16:30 第2希望：(1) 9:30~12:30 ・ (2) 13:30~16:30
修了認定番号	( A · B · I · J ) — —
有効期限	年 月 日
職種	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他 ( )
勤務先府県	<input type="checkbox"/> 兵庫県内勤務 <input type="checkbox"/> 他府県勤務 ( 府・県 )
勤務先名	
受付書類 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (※勤務先に送付希望の場合は勤務先名を明記) 〒 —
連絡先	確実に連絡が取れる連絡先をご記入ください <input type="checkbox"/> TEL (必須) : <input type="checkbox"/> E-mail (必須) : <input type="checkbox"/> FAX :
日本助産師会 会員の有無	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号： — ) <input type="checkbox"/> 非会員
受付番号	※2019年度（一社）兵庫県助産師会主催研修 追加申込みの方は必須 —