

会 員 各 位

一般社団法人 兵庫県介護老人保健施設協会
会 長 森 村 安 史
学術・研修委員会
委 員 長 有 本 雅 子
(公印省略)

平成29年度 支援相談員部会研修会の開催について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は、協会運営に格別のご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。
さて、本年度事業として総会で承認されております標記研修会を、下記により開催いたします。
何かとご多忙とは存じますが、職員の研修会参加につきまして格別のご高配を賜りますようよろしく
お願い申し上げます。
未筆ながら、貴施設のますますのご隆昌を祈念しご案内といたします。

記

1. 日 時 平成30年2月9日(金) 10:00～16:30(受付は9:30～)
2. 場 所 兵庫県農業共済会館 7F「大会議室」
神戸市中央区下山手通4-15-3 (TEL:078-332-7165)
3. テ ー マ 自分と利用者と施設のために… ～クレーム対応とメンタルヘルス～
4. 内 容 等 講義Ⅰ、講義Ⅱ・演習
講義Ⅰ(クレーム対応の仕方、事例紹介等)
講師:(株)福祉リスクマネジメント研修所 所長 烏野 毅氏
講義Ⅱ・演習(メンタルヘルス、ストレスの上手な受け流し方や対処方法等)
講師:(一社)日本産業カウンセラー協会 迫 久美子氏
5. 参 加 費 3,000円(資料代、昼食代等を含む) ※当日、会場にて徴収いたします。
6. 参加申込 別紙(1)参加申込書により、平成30年1月31日(水)までに事務局宛に
FAXにてお申し込み下さい。
※会場へは、公共交通機関をご利用ください。
7. 個人情報について
お申込者の個人情報は、当研修会関係以外の目的には使用いたしません。

以 上

平成 29 年度 支援相談員部会研修会 参加申込書

【申込締切日：平成 30 年 1 月 31 日（水）】

施設名	施設番号（ ）		
申込責任者	職名：	氏名：	
いずれかを○で示して下さい			
1. 下記のとおり（ ）名参加する			
2. 参加できない			
参加者名簿			
役職名	職名	氏名	備考

※ 施設番号は「老健ひょうご第 38 号」の会員施設支部別表 p13～14 をご参照ください。