

兵 老 健 第 81 号
平成 30 年 11 月 1 日

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 30 年度リハビリテーション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有難うございます。

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、下記により開催させていただきます。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お願い申し上げます。

末筆ながら、貴施設のますますの御隆昌を祈念しご案内といたします。

記

1. 日 時 平成 30 年 12 月 11 日 (火) 10 : 00 ~ 16 : 30 (受付は 9 : 30 ~)
2. 場 所 兵庫県私学会館 4F 「大ホール」
神戸市中央区北長狭通 4 丁目 3-13 (TEL : 078-331-6623)
3. テ ー マ 介護報酬改定を踏まえた老健セラピストの役割
～ どう伝える? 介助技術と福祉用具の使い方 ~
4. 内 容 講義 I、講義 II・実技演習
講師 I : 順心リハビリテーション病院地域リハビリテーションセンター
(一社)兵庫県作業療法士会 監事 長 倉 寿 子 氏
講師 II・実技演習 : (一社)ナチュラルハートフルケアネットワーク
理事 正 木 健 一 氏
5. 参加対象 **職種問わず** (全職種対象)
6. 参加費 3, 0 0 0 円 (資料代、昼食代等を含む) ※当日、会場にて徴収いたします。
7. 参加申込 別紙参加申込書により、**12 月 3 日(月)までに事務局宛へ F A X にて**
お申し込み下さい。
8. 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 30 年度 リハビリテーション部会研修会

【参加申込締切日：12月3日(月)】

施設名	施設番号 ()		
申込責任者	職名：	氏名：	
いずれかを○で示してください。 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	職種	氏名	備考

※ 施設番号は「老健ひょうご第 40 号」の会員施設支部別表 p13～14 をご参照ください。

－ 申し込み先 －

(一社)兵庫県介護老人保健施設協会事務局 宛

FAX : 078-265-6934