

兵 老 健 第 82 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 看・介護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、下記により開催いたします。

何かとご多忙とは存じますが、関係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 13 日 (木) 10 : 00 ~ 16 : 30 ※受付 9 : 30 ~
2. 場 所 兵庫県民会館 11F 「パルテホール」
神戸市中央区下山手通 4-16-3 (TEL:078-321-2131)
3. 内 容 講義・実技演習 等
・研修テーマ 「 **効果的な口腔ケア** 」
～ **ストレスなく対応できる方法** ～
・講 師 Y I C 看護福祉専門学校 非常勤講師 小 林 望 氏
4. 参加対象 職 種 問 わ ず
5. 持参する物 ① 歯ブラシ
② コップ
③ ガーグル (なければ空のカップ麺、ボウル等代替になるもの)
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(1)参加申込書により、12 月 3 日(月)までに事務局宛に F A X にてお申し込みください。
8. 個人情報について
お申込者の個人情報は、当説明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 看・介護部会研修会 参加申込書

【 参加申込締切日：12月3日(月) 必着 】

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 (性別)	保 有 資 格 (○で囲ってください)
		()	看 護 師 、 介 護 福 祉 士 介 護 支 援 専 門 員、社 会 福 祉 士 そ の 他 ()
		()	看 護 師 、 介 護 福 祉 士 介 護 支 援 専 門 員、社 会 福 祉 士 そ の 他 ()
		()	看 護 師 、 介 護 福 祉 士 介 護 支 援 専 門 員、社 会 福 祉 士 そ の 他 ()

※ 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。

設問) 認知症の方などへの口腔ケアをする上で、日ごろ困っていること等があればご記入ください。

- 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