

高齢者や障害者の「食べる」を通して生活を支援する

介護職に求められるアセスメント力についても、演習を行いながら学びます。
先生は「健康な方が来院できる、障害があっても来院できる、たとえ来院できなくても訪問できる」をモットーに、地域で活動されています。

(平成27年度介護福祉士現任研修)

記

1. 日 時 平成28年 1月16日(土) 9:30~16:30
受 付 9:10~

2. タイムスケジュール

時 間	内 容	講 師
9:30~ 9:55	介護福祉士の倫理綱領について	東京都介護福祉士会 副会長 内田 千恵子
10:00~ 12:30	講義 口腔ケアと食べること (摂食嚥下機能)	ふれあい歯科ごとう 代表 五島 朋幸氏
13:30~ 16:30	演習を含む 機能向上のための口腔ケア、地域での食支援	

3. 会 場 北とぴあ 7階 第1研修室 (申込書地図参照)

4. 定 員 80名 〆切り 1月13日(水)または定員になり次第

5. 受講料 会員 4,000円 非会員 6,300円
※キャンセル等による受講料の返金はいたしません。

6. 申込方法 ①裏面申込書にご記入の上、FAX・郵送でお送りください。
(当会のホームページからもお申し込みいただけます)
②事務局からFAX・郵送・メールにて受講票をお送りいたします。
③受講票に記載してあります振込み先へ受講料をお振込みください。

※複数で受講希望される場合は、用紙を必要枚数コピーの上、お申し込みください。

7. 申し込み・問合せ先

公益社団法人 東京都介護福祉士会
〒135-0003 東京都江東区猿江1-3-7 パーク・ノヴァ猿江恩賜公園102号
TEL 03-5624-2821 / FAX 03-5624-9650
メール info@tokaigo.jp / 受付時間 月~金 9時~18時

裏表を間違えずに送信してください。

送信先 公益社団法人 東京都介護福祉士会 FAX 03-5624-9650

申 込 用 紙

「食べる」を支援する（介護福祉士現任研修）	
ふりがな	
氏 名	
会 員（会員 No. _____）	非 会 員
住 所	〒 _____ ☎ _____
携帯電話	
ポイント利用	40ポイント利用（○をしてください。会員のみ）
受講票送付先	※FAX又はPCメールアドレスの無い方は、郵送でお送りいたします
	FAX 又は PCメールアドレス
職場から研修参加の場合 ご記入ください	職場名
	連絡電話番号
	職場FAX番号
	担当者名

【会場案内図】 北とぴあ

