

認知症の医学的理解と VR認知症体験

午前は、認知症の医学的側面から認知症の中核症状と周辺症状（BPSD）の理解とその対応についてご講義いただきます。

午後は、VR（バーチャルリアリティ）認知症体験の講義と実際にVR認知症体験を通して介護職としての今後のケアに参考になればと思っています。皆様の参加をお待ちしています。

1 日 時 平成29年10月14日（土）10:00～15:00 受付9:30～

2 テーマ & 講師

時間	内 容	講 師
10:00 ～ 12:00	認知症の医学的理解 中核症状と周辺症状の理解と対応	新宿ヒロクリニック 医師 鈴木 良典 氏
12:00	昼 食	
13:00 ～ 15:00	VR認知症体験 VR認知症プログラムを通じて、この体験会が、ただ認知症の症状を一人称体験するだけにとどまらず、受講者の行動・活動にどう活かしていけばよいのか考えていただくきっかけになるような講義となります。	株式会社 シルバーウッド 下河原 忠道 氏

3 会 場 ティアラこうとう 大会議室 （申込書地図参照）

4 〆切り 平成29年10月11日（水） 又は定員100名になり次第

5 受講料 会 員 4,600円 非会員 6,700円
新卒者会員 1,000円 学 生 500円

※新卒者会員：介護福祉士養成施設を平成28年度に卒業した新会員の方。

学生：介護福祉士養成施設の学生の方。

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裏面申込書に記入の上、FAX・メール・郵送でお申し込みください。
（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・メール・郵送にて受講票をお送りします。
- 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。

7 問合せ 公益社団法人東京都介護福祉士会 9時～18時（月～金）

TEL 03-5624-2821 / FAX 03-5624-9650

メール info@tokaigo.jp / HP <http://www.tokaigo.jp/>

表裏間違えないよう、確認してお送りください。

H

送信先 公益社団法人 東京都介護福祉士会 03-5624-9650

『認知症の医学的理解とVR認知症体験』 申込書

ふりがな			
氏名			
会員（公益社団法人 東京都介護福祉士会会員No. _____） ・ 非会員 新卒者会員（ _____ ） ・ 学生（学校名 _____）			
住所	〒 _____	—	—
携帯番号	☎ _____	—	—
ポイント利用	<input type="checkbox"/> 生涯研修ポイント40ポイントを利用して無料にする。 <small>（利用する場合は、<input type="checkbox"/> に○をしてください。東京都介護福祉士会会員に限る）</small>		
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		
職場からの参加の場合記入してください	職場名		
	連絡先電話		
	職場FAX番号		
	担当者名		

※ご記入いただいた個人情報は本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません。

【会場地図】 ティアラこうとう 東京都江東区住吉2-28-36

