

「食事ケア・口腔ケア講座」

※受講申し込みを下記の通り受け付けます

開催日	会場	定員	申込み状況
12/17 (木) 9:20-17:00	特別養護老人ホーム明風園 第1研修室	40名	受付中

※定員に達し次第、申し込み受け付けを締め切ります。 ※研修時間は予定です

研修内容

嚥下の仕組みや食事時の姿勢、介助方法、口腔ケアのポイント等を専門職から体験を通して学びます。

【カリキュラム】（一部変更の場合もあります）

○口腔ケアの実践について

口腔ケアの意義や大切さを学び、演習を通してポイントを学びます。

○安心して食べるためには～姿勢と介助方法～

食事時の姿勢やポジショニング、道具の工夫など、体験を通して実際の介助方法を学びます。

○嚥下のしくみと口腔リハビリについて

嚥下の仕組み、摂食嚥下障害の理解を深め、口腔リハビリの実践を体験を通してポイントを学びます。

受講の申し込み

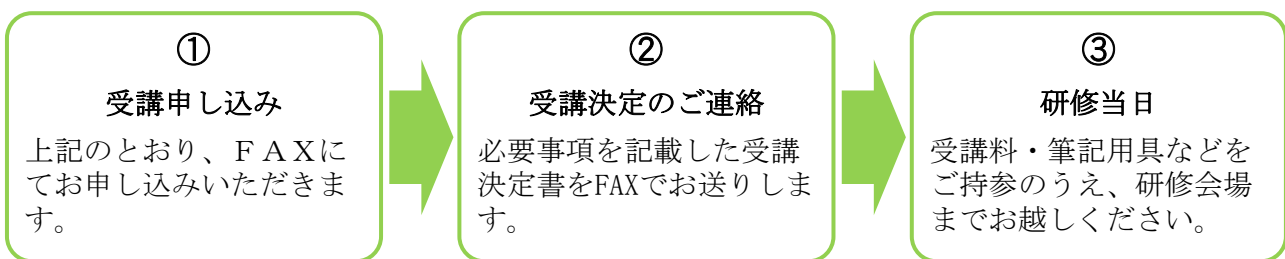
FAX 027-264-3522

受講申込書にご記入の上、FAXにてお送りください。

送る前に、もう一度お確かめください

お名前・FAX番号は、正しく記入してありますか？ 記入もれはありませんか？

申し込みから受講までの流れ



* 受講希望者が定員を超えた場合、受講できない場合もございます。ご了承ください。

* 受講決定後に辞退する場合には、必ずご連絡ください。

* 受講決定の連絡が届かない場合には、ご連絡ください(申込書が届いていない可能性があります)

お問い合わせ

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団 研修指導センター

〒371-0004 前橋市亀泉町1-26

TEL 027-269-7780

FAX 027-264-3522

FAX 送信先	群馬県社会福祉事業団研修指導センター 担当：須永 宛
FAX 番号	027-264-3522

様式 1

高齢者ケア専門研修 受講申込書

研修名	食事ケア・口腔ケア講座 (令和2年度第2回) 12/17(木) 9:20~17:00		
フリガナ		性別	年齢
氏名	<small>領収証・修了証に記載されますので、楷書で正確にご記入下さい</small>		男・女 歳
勤務先	電話番号 — — 介護保険施設・事業所に勤務されている方のみ		
住所	〒 — — 勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○)		
電話番号	— — 日中連絡が取れる番号をご記入下さい		
FAX 番号	— — 受講決定の連絡に使用しますので、必ずご記入下さい		

申込者情報	該当するところに○を付けて下さい
職種	介護職 相談職 看護職 管理職 事務職 ケアマネジャー その他 ()
従事経験年数	6ヶ月未満 6ヶ月~1年 1~3年 3~5年 5年以上
所有資格 (該当する全てに○)	無し 介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員 看護師 介護職員初任者研修 (ヘルパー2級) ヘルパー1級 介護職員基礎研修 介護職員実務者研修 その他 ()
勤務先種別	特養 老健 GH 小規模多機能型 看護小規模多機能型 訪問介護 認知症デイ デイサービス 通所リハ 居宅介護支援 病院 有料老人ホーム その他 ()

※申し込み時に記入していただいた個人情報は、本研修以外では使用致しません。

※FAXを送信する前に、再度、申込内容のご確認をお願いします。

必要事項に不備がある場合、受理できない場合がございます。

※受講決定通知は、開催日の概ね2週間前に、上記ご記入のFAX番号に送信します。

受講日1週間前までに、受講決定通知が届かない場合にはご連絡ください。

注) 本年度より、敷地内禁煙となりました。