

# 終末期を支えるケア講座

※ 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
12/8（火） 9:20-16:40	特別養護老人ホーム明風園 第1研修室	50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

施設・在宅における終末期を支えるための知識を学び、理解を深めます

【カリキュラム】（一部変更の場合もあります）

○その人を看取るとは 家族の思いを知る

家族の思いを知り、どんな支援のあり方がいいのか、看取りケアの心構えを学びます。

○最期までその人らしく生き続ける

「生きる」とは「死」とはどんなことかを知り、人生の最期に携わる私たちが、何を考えどう向き合うか、

学びを深めていきます。

○現場での看取りを通して

看取りについての事例報告等から、自施設の看取りについて改めて考える機会とします。

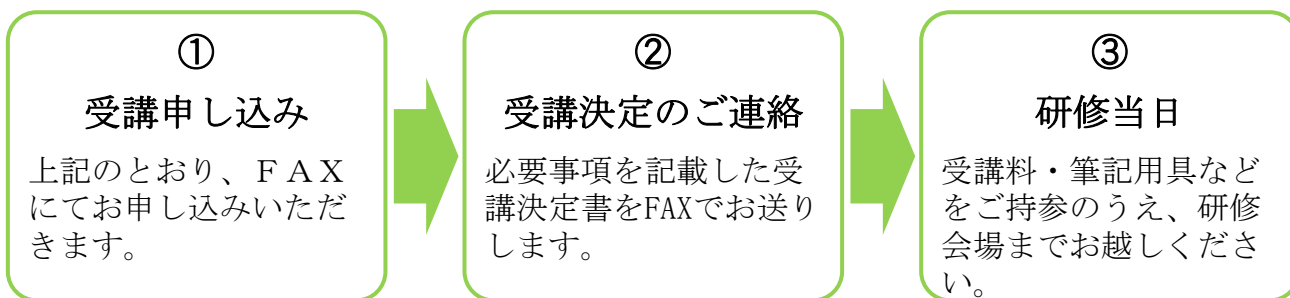
## 受講の申し込み FAX 027-264-3522

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	<b>終末期を支えるケア講座</b> <b>(令和2年度第2回) 12/8(火) 9:20~16:40</b>		
フリガナ		性別	年齢
氏名	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		男・女 歳
勤務先	介護保険施設・事業所に勤務されている方のみ 電話番号 — —		
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、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。