

各 位

大分県社会福祉介護研修センター所長
(公 印 省 略)

平成29年度摂食・嚥下セミナーの開催について（通知）

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より、当研修センターの研修事業の推進にご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、社会の高齢化が進むにつれて、摂食・嚥下、つまり口から食べることへの関心は高くなっており、摂食・嚥下に関して有効な支援を受けながらできるだけ自立した生活が続けられる地域づくりが求められています。

つきましては、摂食・嚥下について専門知識を有する人材の育成を目的に、「摂食・嚥下セミナー」を別紙要綱により開催いたしますので、ご案内申し上げます。

平成29年度 摂食・嚥下セミナー 開催要綱

- 1 目 的
「食」に関して何らかの問題を抱えている利用者に対し、摂食・嚥下機能の専門的知識・技術を活用し、チームとして質の高い支援を提供できる人材を育成することを目的とする。
- 2 開催期日 別紙日程のとおり
- 3 主 催 大分県社会福祉協議会 （大分県社会福祉介護研修センター）
共 催 おおいた「食」のリハビリテーション研究会
- 4 会 場 大分県社会福祉介護研修センター
- 5 対 象 者 「食」に携わる医療、介護、福祉職の方、摂食・嚥下等に興味のある方（介護福祉士、ホームヘルパー、看護師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、栄養士、歯科衛生士、調理員、介護支援専門員等）
- 6 受 講 料 30,000円 （テキスト、資料代、調理実習費等込）
- 7 研修課程 別紙日程表参照
（講師陣は、大分県内の医師、歯科医、介護福祉士、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、歯科衛生士の方々の予定です。）
- 8 定 員 50名（先着順で、定員になり次第締め切ります。）
- 9 申込締切 平成29年 6月 2日（金）必着
- 10 申込方法 ①別紙の申込用紙に必要記載事項を記入し、FAXまたは郵送にてお申し込みください。
②5日目（調理実習）では、介護食を作る関係上、2班に編成します。
日程の希望（1・2班）を記入してください。申込人数によっては、変更していただくこともあります。ご了承ください。）
③申込後、順次、受講決定通知を郵送にて送付いたします。
④申込後1週間を目安に、申込者宛に受講決定通知を送付します。
同封している振込用紙にて、2週間以内に受講料の振込みをしてください。（振込手数料は各自負担）
- 11 そ の 他
（1）全課程修了者には、修了証を交付します。
（2）昼食は各自でご準備ください。研修当日、受付の時間帯に会場で業者が注文も受けています。（お茶付き 500円）
（3）自然災害により、研修の開催が困難であると判断した時は、急遽、

日程変更等の対応をとる場合があります。

その際は、当研修センターのホームページによりお知らせします。

- (4) 適切な室内管理に努めていますが、個人差がありますので、温度調節のできる服装でお越してください。
- (5) 参加者に関する個人情報、参加者名簿の作成等、研修事業関連の目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

1 2 問い合わせ
申 込 先

〒870-0161

大分県大分市明野東3丁目4番1号

大分県社会福祉介護研修センター

研修部 介護研修係 廣田

T E L : 0 9 7 - 5 5 2 - 6 8 8 8

F A X : 0 9 7 - 5 5 2 - 6 8 6 8

F A X 送 信 票

センター記載欄)
受付NO.

大分県社会福祉介護研修センター 行

F A X 番 号 0 9 7 - 5 5 2 - 6 8 6 8

申込締切・ 6 / 2 (金) 必着

平成 2 9 年 度 摂 食 ・ 嚥 下 セ ミ ナ ー 受 講 申 込 書

ふりがな			性別
氏 名			男 ・ 女
生年月日	昭和 平成	年 月 日	歳
法人名	社会福祉法人 ・ 社会医療法人 ・ 株式会社 ・ 有限会社 特定非営利活動法人 ・ その他 () ※該当するものに○をしてください		
	法人名		
所属名 (勤務先)			
住 所 (※1)	〒		
	<input type="checkbox"/> 勤務先	TEL ()	
	<input type="checkbox"/> 自 宅	FAX ()	
職 種 (例:看護師(主任))	職 名 ()	経 験 年 数 年 ヶ月	
資 格	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員初任者研修課程 (訪問介護員 1 級、2 級含む) ・ 介護職員実務者研修課程 ・ 介護福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 看護師 ・ 歯科衛生士 ・ 管理栄養士 ・ 栄養士 ・ 調理員 ・ 言語聴覚士 ・ 作業療法士 ・ 理学療法士 ・ 特になし ・ その他 		
実習希望日 (5日目のみ、班によって研修 日が異なります。希望の班に○ 印をしてください。)			1 班 (8 / 9 (水))
			2 班 (8 / 1 0 (木))

上記のとおり、参加申込します。平成 年 月 日

※1 受講決定通知の送付先をご記入ください。(例) 事業所に送付希望の方は、「勤務先」に
チェックしてください。