

平成29年度 高知県介護福祉士会研修

リスクマネジメント研修② ～食事と口腔ケア～



口腔ケアの必要性は十分理解できている・・・。
しかし様々な援助方法が必要なご利用者実践する技術が伴わない。またはこの方法で良いのだろうか？と悩んでいる貴方、是非参加してみてください！
むせ込みのある方への介助方法・簡単な口腔体操、また、嚥下機能低下体験を盛り込んだ内容になっています。
本研修会は、食事と口腔ケアの重要性を理解し、専門的な知識・技術の向上を図るために開催いたします。

日時：平成29年10月15日（日）9：00～12：00

場所：高知県立ふくし交流プラザ 2階多目的ホール

講師：高知県歯科医師会口腔ケア指導者 川村 智津 氏

資格 認定歯科衛生士
高知県糖尿病療養指導士
高知県歯科医師会口腔ケア指導者
ホームヘルパー1級・2級



現在 訪問口腔ケア（歯科医院6か所と契約）
県民いきいき養成講座・高知家統一ケアセミナー等の時間講師
NPO 食を学ぶ会時間講師・認知症サポーター
NPO いきいきサポートセンターうえるば 高知ふくし機器展実行委員会口腔ケアブースリーダー

参加対象：介護福祉士、介護職員等

参加費：正会員・賛助会員 … 1,000円 会員外 … 2,000円

※参加者多数の場合は、会員優先での受付となります。

申込方法：裏面「参加申込書」により、平成29年10月 3日（火）までに
FAX または郵送にて介護福祉士会事務局までお申し込みください。

その他：①参加申込書に記載された個人情報は、本研修の運営のみに使用いたします。

②参加費は当日受付にてお支払ください。

③研修日の約1週間前に、受講決定通知書をFAXで送りますので、研修会当日必ず
ご持参ください。（FAX申し込みでない方にはお電話で受付完了をお知らせします）

定員

40名

〈お問合せ・申込先〉高知県介護福祉士会事務局

〒780-8567 高知市朝倉戊375-1 高知県社会福祉協議会内

Tel 088-844-4611 Fax 088-844-9443

**平成29年度高知県介護福祉士会修会
リスクマネジメント研修② ～食事と口腔ケア～
参加申込書**

所属施設及び団体名 _____

連絡先電話番号 _____

F A X 番 号 _____

連絡担当者名 _____

No.	ふりがな 氏名	役職名	会員区分	会員番号
1	-----		正会員・賛助会員 会員外	
2	-----		正会員・賛助会員 会員外	
3	-----		正会員・賛助会員 会員外	
4	-----		正会員・賛助会員 会員外	

※「会員区分」欄については、高知県介護福祉士会の正会員、賛助会員又は会員外のいずれかに○を付けてください。

※ 正会員又は賛助会員の方は、「会員番号」欄に会員番号をご記入ください。会員証がまだお手元に届いていない場合は、空欄のままでもかまいません。

[個人情報の取り扱いについて]

本研修会の参加申込書に記載された個人情報は、以下の目的のみに使用させていただきます。

- ① 本研修会の運営管理
- ② 研修会参加者名簿への掲載（氏名・所属・役職名・会員の別）

申し込み締め切り：10月3日（火）必着