

在宅ケア協会 介護職員による喀痰吸引等の研修 (特定の者対象第3号研修) 2016年度募集要項

たんの吸引等の研修をまだ受講していない介護福祉士等の介護職員を対象の研修を実施いたします。
少人数定員のため一人一人の受講者への丁寧な指導が魅力です。

●年間開催スケジュール

年間スケジュール	1日目	2日目
2016年3月度開催	2016年3月19日(土)	2016年3月26日(土)
2016年6月度開催	2016年6月18日(土)	2016年6月25日(土)
2016年9月度開催	2016年9月24日(土)	2016年10月1日(土)
2016年12月度開催	2016年12月17日(土)	2016年12月24日(土)

※受講者が定員に達しない場合は開催中止にさせていただきます。その場合は2週間前までに事前にご連絡させていただきます。

●カリキュラム

	カリキュラム	開催場所
1日目 10時から 16時	重度障がい児・者の地域生活等に関する講義 1) 障がい者総合支援法と関係法規 2) 利用可能な制度 3) 重度障がい児・者の地域生活 喀たん吸引等を必要とする障害児・障害者の障がいおよび支援および危険防止・緊急時対応 1) 呼吸について 2) 喀たん吸引	●特定非営利活動法人 在宅ケア協会 城北事務所 (板橋区板橋 2-40-8 村上ビル 1F すぺーす夢 内) ●当日連絡先 外山誠 070-5554-2607
2日目 10時から 16時30分	3)健康状態の把握 4) 経管栄養 喀たん吸引・経管栄養に関する演習・基礎研修テスト	●首都大学東京 荒川キャンパス (荒川区東尾久 7-2-10) ●当日連絡先 大井朋子 070-5464-5521

●講師/首都大学東京准教授 清水準一(看護師・保健師)

平成帝京大学 現代ライフ学部人間文化学科 学科長 平岡久仁子(社会福祉士)
在宅ケア協会 外山誠(看護師・CM/保健師)、在宅ケア協会 大井朋子(介護福祉士)

- 定員／10名

●受講料(教科書・実地研修看護師費用含む)	一般参加	在宅ケア協会職員
会 員	20,000 円	20,000 円
会 員 外	25,000 円	25,000 円

※**受講料は、申込書をご送付頂いた後に、速やかに以下の口座にお振り込み下さい。**尚、領収書を法人名にて発行ご希望の場合には、申込書にその旨を記載して下さい。

三井住友銀行 高田馬場支店	普通	3530522	トクヒ) ザイタクケアキョウカイ
---------------	----	---------	------------------

※訪問看護事業所「在宅ケア協会」実地研修は1名につき2時間までとさせていただきます。尚、追加実地研修が必要な場合は、追加料金を頂きますので、ご相談ください。

- 会 場／一日目 : 特定非営利活動法人 在宅ケア協会 城北事務所

(板橋区板橋 2-40-8 村上ビル 1 階)

JR 埼京線板橋駅、都営地下鉄三田線新板橋駅、東武東上線下板橋駅徒歩 8 分

二日目 : 首都大学東京荒川キャンパス (荒川区東尾久 7-2-9)

日暮里・舎人ライナー「熊野前」駅下車徒歩 3 分、都電荒川線「熊野前」駅下車徒歩 3 分

田端駅から都営バス端 44 系統「北千住駅行」に乗車「首都大荒川キャンパス前」下車徒歩 0 分

- 対 象／喀たん吸引等医療的ケア実施の予定がある介護職員

- 申込み／定員になり次第、締め切ります。

お早めにお電話(03-6905-7590)・FAX**(03-6905-7840)**下さい。

こちらから正式な申込書類、会場地図、当日スケジュール等の詳細をお送りします。

正式な申込書類ご提出により申込みが完了します。やむ得ない事情により、開催日を変更することがあります。事前にお問い合わせください。

- 主 催／特定非営利活動法人在宅ケア協会 城北事務所

電話 **03-6905-7590** FAX **03-6905-7840**

E-mail: **itabashi@zaitaku.or.jp**

介護職員によるたんの吸引等医療的ケア研修(第3号研修)
受講申込書 (2016年用)

希望する月に○をして下さい	開催予定年月(開催日を変更する場合があります)
	2016年3月
	2016年6月
	2016年9月
	2016年12月

: 送り先 **03-6905-7840** 申込書 (このまま FAX してください)

お名前(フルネームでお願いします。ふりがなもお書き添えください)
※法人名にて領収書をご希望の場合には、その旨を記載して下さい。
ご住所・連絡先(日中ご連絡がつく携帯電話等の番号をご記入ください)
郵便番号： 住所： 電話番号：(日中連絡のつく連絡先・携帯電話等)：
所属事業所名
所属事業所連絡先
郵便番号： 住所： 電話番号：
実地研修実施先(ご利用者・対象者現場)の有無
実地研修実施先の訪問看護事業所名・ご連絡先お電話番号
事業所名： 電話番号：