

(公 印 省 略)
公社兵看協発第 559 号
平成 30 年 8 月 24 日

各 位

公益社団法人兵庫県看護協会西播支部
支部代表 三浦 智恵

平成 30 年度 兵庫県看護協会西播支部
看護師による摂食嚥下アセスメント研修 (ご案内)

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
日頃より、当協会支部活動につきまして、深いご理解とご支援を賜り心より厚くお礼申し上げます。
この度、標記の研修会を下記のとおり開催致します。
つきましては、貴施設の会員各位への周知ならびに多数のご参加をくださいますようお願い致します。

記

- | | |
|----------|---|
| 1. 日 時 | 平成 30 年 10 月 27 日 (土) 13:30~16:30 |
| 2. 会 場 | 姫路メディカルシミュレーションセンターひめマリア |
| 3. 内 容 | 高齢者の摂食嚥下リスクの評価とアセスメント
誤嚥の観察と嚥下の訓練の違いと訓練内容
食事形態の選択と食事介助の手技
生活の中での嚥下障害の種類に応じた訓練と家族指導 |
| 4. ね ら い | 高齢な対象者の摂食嚥下のアセスメント、訓練、食事に関する事項を理解
することで、地域の看護ケアレベルが向上する |
| 5. 対 象 者 | 看護職 (会員・非会員) ・職種は問わない |
| 6. 定 員 | 30名 |
| 7. 受 講 料 | 会員：無料 ・ 非会員：2,000円 |
| 8. 申込締切 | 平成 30 年 9 月 27 日 (木) 必着 |
| 9. 申込方法 | 別紙にご記入の上、FAXでお申し込み下さい。
送信先：FAX (078) 361-6652 (※送信票不要) |

お問い合わせ先：兵庫県看護協会 支部担当事務 電話078-341-0190

兵庫県看護協会 支部担当 宛
FAX : 078-361-6652
(※この用紙のみ送付してください)

**平成 30 年度 兵庫県看護協会西播支部
看護師による摂食嚥下アセスメント 参加申込書**

日 時 : 平成 30 年 10 月 27 日 (土) 13:30~16:30
会 場 : 姫路メディカルシミュレーションセンターひめマリア

施設名 _____

担当者名 _____

電話・FAX _____

※個人会員の方は参加者欄と連絡先をご記入ください。

参加者

	ふりがな 氏 名	職種	該当するものに ○をして下さい	兵庫県看護協会会員番号 (6桁)
1			会員・非会員	
2			会員・非会員	
3			会員・非会員	
4			会員・非会員	
5			会員・非会員	
6			会員・非会員	
7			会員・非会員	

参加申し込み多数の場合はコピーしてご使用ください。申込締切：平成 30 年 9 月 27 日 (木) 17 時必着
個人情報の取り扱いについて：本会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。
研修申込に際して得た個人情報は、研修会の運営のために用い、これ以外の目的で利用しません。