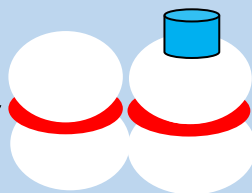


町田市介護人材開発センター

基礎介護技術講習会



【日程】2018年

1月21日(日)

13:00~17:00

【会場】特定非営利活動法人桜実会

デイサービス玉川学園

町田市玉川学園3丁目35番1号

【定員】**先着40名**

【参加費】**無料**(※)

※事業所職員

4,000円(一般)

2,000円(会員)

【内容】立つ・座る・寝返りの基本動作、車いすの使い方や介助の実習、高齢者体験、認知症の講義を行います。

【申し込み】電話、FAX

氏名、住所、電話番号を必ずお伝えください。

1月15日(月)午後5時まで

一般社団法人町田市介護サービスネットワーク

町田市介護人材開発センター 事務局

〒195-0074

町田市山崎町 2055-2 C-111

電話:042-851-9578

FAX:042-851-9579

E-mail:info@machida-kjkc.jp

家族の介護をしている方
介護の仕事に関心のある方
一緒に学びませんか？

※町田市介護人材開発センターは、
町田市の補助をもとに事業を実施しています。



2017年度 町田市介護人材開発センター主催

介護技術講習会 基礎編（第3回）

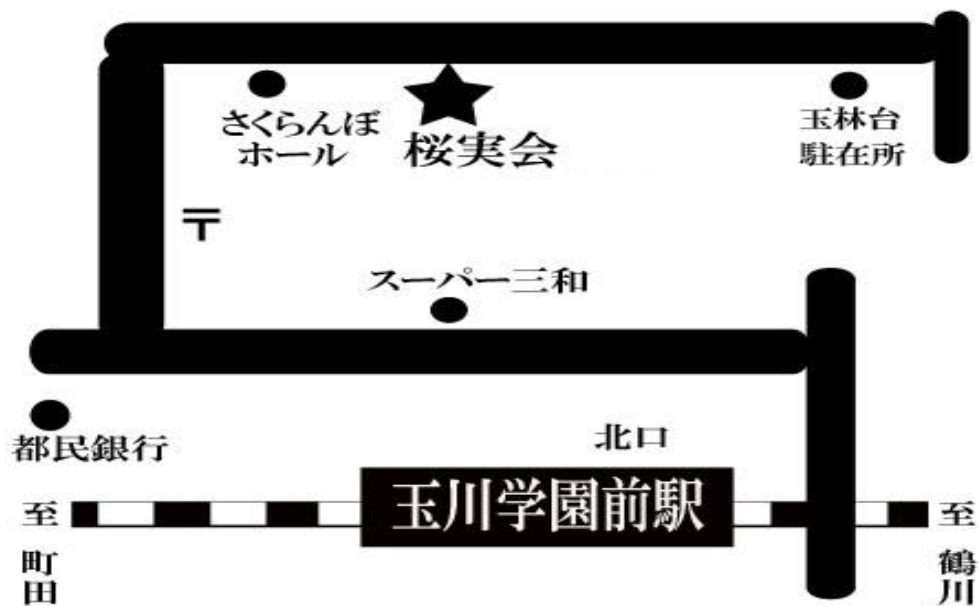


家族の介護をされている方、介護の仕事に就きたい、関心のある方、介護の仕事をしているけれど基本を学びたい方を対象に、基礎介護の技能を習得していただく講習会です。

今年度、最終回となります。

- ◆ 日 程：第3回 2018年1月21日（日）
13：00～17：00（受付開始：12：30～）
- ◆ 講 師：東京都介護福祉士会 町田ブロック 会員
- ◆ 会 場：特定非営利活動法人桜実会 デイサービス玉川学園
町田市玉川学園3-35-1
- ◆ 対 象 者：次のいずれかに該当する方
 - ①家族の介護をされている方
 - ②介護の仕事に就きたい方、関心のある方
 - ③介護保険事業所に勤務されている方
- ◆ 参 加 費： ①②の方・・・無料
③の方・・・
【会 員】2,000円（一般社団法人町田市介護サービスネットワーク会員）
【一 般】4,000円
- ◆ 定 員： 40名（先着順）
- ◆ 申込み方法： 「参加申込書」に必要事項をご記入のうえ、町田市介護人材開発センターへ FAX
または、E-mailにてお送りください。後日、参加決定通知書をお送りします。
※ お申し込みの行き違いを防ぐために、参加決定通知書をお送りしております。
参加決定通知書がお手元に届かない場合は、事務局までご連絡ください。
FAX：042-851-9578 E-mail：info@machida-kjkc.jp
- ◆ 申込締切： 2017年1月15日（月）まで
- ◆ 講義内容：
 1. オリエンテーション
 2. 実習：基本動作（立つ・座る・寝返り）
 3. 実習：移動・移乗介助
 4. 実習：高齢者擬似体験
 5. デモンストレーション（衣服の着脱の介護）
 6. 講義：認知症の理解
 7. 質疑応答・まとめ

- ◆ 服装・持ち物：実技演習が中心の研修になりますので、動きやすい服装にてご参加ください。
- ◆ 注意事項
 - ・受付時間前に会場内にお入りいただくことができませんので、昼食などは各自ですませてお越しください。
 - ・会場には、駐車場がございませんので、近隣の有料駐車場、公共交通機関を利用してください。
- ◆ 会場案内図 ※法人パンフレットより抜粋
 特定非営利活動法人桜実会（町田市玉川学園3-35-1）
 ※お車でのご来場はご遠慮ください。



- ◆ お問い合わせ先：
 - 一般社団法人 町田市介護サービスネットワーク
 - 町田市介護人材開発センター 事務局
 - 〒195-0074 町田市山崎町 2055-2 C-111
 - (TEL) 042-851-9578 (FAX) 042-851-9579
 - (E-mail) info@machida-kjkc.jp

FAX 番号：042-851-9579（町田市介護人材開発センター事務局）

E-mail：info@machida-kjkc.jp 2017年1月15日（月）まで

2017年度 町田市介護人材開発センター主催
介護技術講習会 基礎編（第3回）
参加申込書

申込年月日： 年 月 日

【必須：申込担当】

法人・事業所名：

担当者名：

決定通知発送方法	郵送（下記の住所に発送）・メール（下記のアドレスに発送） ※どちらかに○をしてください。記載が無い場合は郵送いたします。	
住所〔決定通知発送〕	〒	
メールアドレス〔決定通知発送〕		
電話番号〔連絡先〕	—	—
FAX番号〔連絡先〕	—	—

【参加者名】

	所属部署（事業所） 名	事業種 （下記の数字を記入）	職種（○で囲む）	経験 年数	カ 氏 ナ 名
1			1.介護職 2.訪問介護員 3.その他（ ）		
2			1.介護職 2.訪問介護員 3.その他（ ）		
3			1.介護職 2.訪問介護員 3.その他（ ）		

《事業種 No.》

1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. 訪問リハ 4. 通所介護 5. 通所リハ 6. 短期入所生活介護 7. 小規模多機能
8. グループホーム 9. 居宅介護支援 10. 介護老人福祉施設 11. 介護老人保健施設 12. 介護療養型医療施設
13. 医療機関 14. 疾患医療センター 15. 高齢者支援センター 16. その他（ ）

※ いただいた情報は適正に管理し、研修事業の目的以外には使用いたしません。

ありがとうございました。

事務局使用欄

受付	入力	決定通知