

介護体験

してみませんか？



町田市介護人材開発センター 基礎介護技術講習会

【内容】車椅子体験や
高齢者疑似体験など
実習を通して介護を学べます

【日程】2019年2月3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】40名(先着順)

【参加費】無料
ただし、事業所職員の方…4,000円(一般)
2,000円(会員)

【申込締切】1月25日(金)午後5時まで

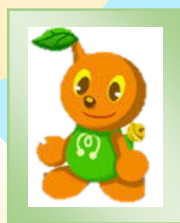
【お問い合わせ・お申し込み先】

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

電話:042-851-9578

FAX:042-851-9579、E-mail:info@machida-kjkc.jp

講師は、介護福祉士会
の皆様です



※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。



2018年度 町田市介護人材開発センター主催



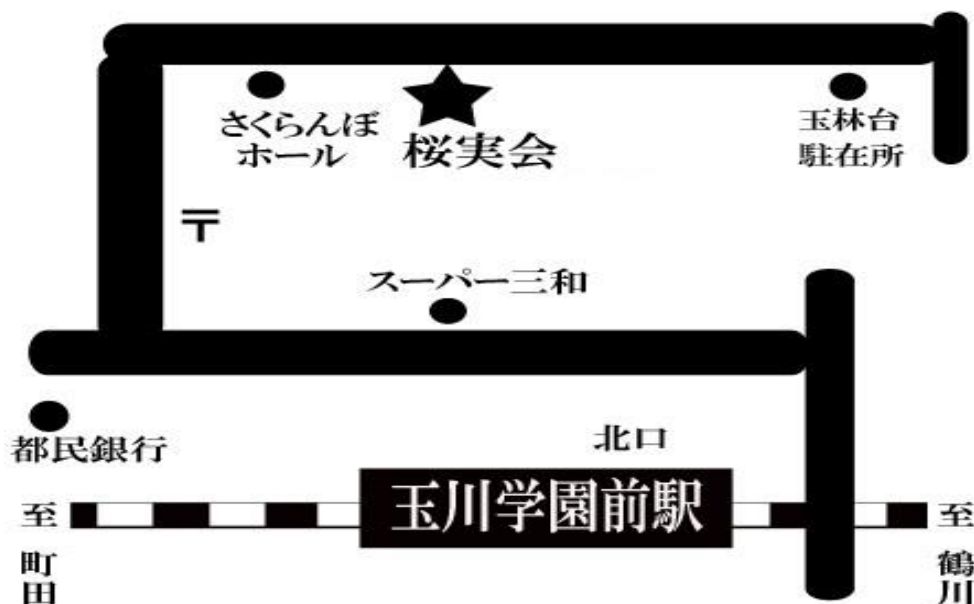
介護技術講習会 基礎編（第3回）

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 2019年2月3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：042-851-9579 E-mail：info@machida-kjkc.jp
- ◆ 申込締切：2019年 1月 25日（金）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：高齢者疑似体験
 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・靴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 東京都町田市山崎町 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 2019年 1月 25日(金)まで

2018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） ※どちらかに〇をしてください。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 (〇で囲む) | 経験 年数 | カ 氏 ナ 名 |
|---|----------------|-----------------------|-----------------------|----------|------------------|
| 1 | | | 1.介護職 2.その他 () | | |
| 2 | | | 1.介護職 2.その他 () | | |
| 3 | | | 1.介護職 2.その他 () | | |

《事業種 No.》

1. 特養 2. 通所介護 3. 福祉用具 4. 訪問看護 5. 特定施設 6. 居宅介護支援 7. 訪問介護
8. 老健 9. 小規模多機能特定施設 10. グループホーム 11. 高齢者支援センター 12. 医療機関
13. 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。

事務局使用欄

| | | |
|----|----|------|
| 受付 | 入力 | 決定通知 |
| | | |