

令和元年7月30日

公益社団法人広島県理学療法士会会長 様
一般社団法人広島県作業療法士会会長 様
一般社団法人広島県言語聴覚士会会長 様
広島県老人保健施設協議会会長 様
広島県訪問看護ステーション協議会会長 様
公益社団法人広島県栄養士会会長 様
一般社団法人広島県歯科医師会会長 様
一般社団法人広島県歯科衛生士会会長 様
公益社団法人広島県薬剤師会会長 様
広島県リハビリテーション支援センター長 様

広島県地域包括ケア推進センター長
[〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-3]

令和元年度広島県短期集中予防サービス実践研修（福山会場）の開催について（通知）

当センターの事業の推進については、平素からご理解とご協力をいただき、厚くお礼を申し上げます。

さて、当センターでは別紙のとおり研修を開催しますので、貴協会の会員及び各地域組織に周知していただきますようお願いいたします。

1 研修日時

令和元年10月4日（金）19時～21時

2 申込期限

受付開始 令和元年8月1日（木）午前9時から

申込締切 令和元年8月23日（金）午後5時まで

3 受講申込み方法

別紙受講申込書に必要事項をご記入の上、FAX 又はメールでお申し込みください。

FAX 082-569-6494 E-mail: hokatsu-kensyu@hiroshima-hm.or.jp

4 受講決定について

定員を超えて申込があった場合には、受講調整を行います。その結果、受講不可の方には FAX 又はメールにて、9月初旬までに連絡します。 受講不可の連絡がない場合は、受講できますので当日会場にお越しください。

5 問い合わせ先

広島県地域包括ケア推進センター 担当 藤原・望月

〒732-0057 広島市東区二葉の里3丁目2-3

電話 082-569-6493 FAX 082-569-6494

メールアドレス：hokatsu-kensyu@hiroshima-hm.or.jp

※メールでお問い合わせの場合、件名に「短期集中予防サービス実践研修（福山会場）」とご記入ください。

令和元年度広島県短期集中予防サービス実践研修実施要領（福山会場）

1. 目的

- 短期集中予防サービスについての理解を深め、効果的な実践方法を学ぶ。
- 実践事例を用いて、短期集中予防サービスの効果を考える。
- 高齢者の自立のイメージについて考える。

2. 対象者（定員100人）

- ① 短期集中予防サービス実施事業所職員
- ② 市町職員・保健所（支所）職員

3. 日時

令和元年10月4日（金）19:00～21:00

4. 会場

福山すこやかセンター

〒720-08512 福山市三吉町南二丁目11番22号 Tel.084-928-1334

※会場の駐車場には限りがありますので、ご注意ください。

5. 日時及び内容

令和元年10月4日（金）

18:30	19:00	19:05		21:00
受付	開会		講義（休憩時間10分を含む）	閉会

講義1「短期集中予防サービスについての理解と効果的な実践方法について」

講師：広島県地域包括ケア推進センター

次長 藤原 薫

次長 望月 マリ子

講義2「短期集中予防サービス（通所型C）を活用した実践事例」

講師：駅家リハビリテーション SAKURA

常森 圭介 氏

講義3「短期集中予防サービス（訪問型C）を活用した実践事例」

講師：介護老人保健施設 かなえ デイケア主任

渡辺 隼人 氏

6. 受講料 無料

7. 申込期限

受付開始 令和元年8月1日（木）午前9時から

申込締切 令和元年8月23日（金）午後5時まで

8. 受講申込み方法

別紙受講申込書に必要事項をご記入の上、FAX又はメールでお申し込みください。

FAX 082-569-6494 E-mail: houkatsu-kensyu@hiroshima-hm.or.jp

9. 受講決定について

定員を超えて申込があった場合には、受講調整を行います。その結果、受講不可の方にはFAX又はメールにて、9月初旬までに連絡します。 受講不可の連絡がない場合は、受講できますので当日会場にお越しください。

10. 個人情報の取扱い

申込書に記載された個人情報は、この研修の実施に必要な範囲に限って利用させていただきます。

11. 主催（問合せ先）

広島県地域包括ケア推進センター（担当：藤原・望月）

〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-3

電話（082）569-6493 FAX（082）569-6494

メールアドレス：houkatsu-kensyu@hiroshima-hm.or.jp ※メールでお問い合わせの場合、件名に「令和元年度短期集中予防サービス実践研修（福山会場）について」と記入してください。

この用紙に記入の上 FAX又はメールしてください。

(別紙)

令和元年度 広島県短期集中予防サービス実践研修(福山会場)受講申込書

次のとおり研修の受講を申込みます。※参加者1名につき1枚に記入してください。

研修日時：令和元年10月4日(金) 19時～21時 (受付：18時30分～19時)			
会 場：福山すこやかセンター (〒720-08512 福山市三吉町南二丁目11番22号)			
フリガナ			
受講者氏名			
勤務先名称			
勤務先所在地	〒		
電話	F a x		
	メールアドレス		
業 種 (該当するもの 1つに○を)	1. 短期集中予防サービス通所型C 2. 短期集中予防サービス訪問型C 3. 市・町・保健所 4. その他 ()		
資 格 (主なもの 1つに○を)	1. 歯科医師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 管理栄養士・栄養士 6. 歯科衛生士 7. 通所サービス事業所職員 7. その他 ()		
短期集中予防サー ビス提供人数	1. 経験なし 2. 1～10人 3. 10～30人 4. 30人以上		
研修受講に当たっ て、短期集中予防 サービスについて 質問等ありました らご記入くださ い。			

申込締切日：令和元年8月23日(金) 午後5時必着

広島県地域包括ケア推進センター宛

F A X 0 8 2 - 5 6 9 - 6 4 9 4

F A X 番号の間違いいにお気をつけください