

# 各専門分野から見た摂食嚥下障害

公益社団法人神戸市歯科医師会/一般社団法人神戸市ケアマネジャー連絡会 合同研修

摂食嚥下障害を引き起こす原因は様々ですが、この度の研修は、各種専門職の方々と多職種連携に基づき摂食嚥下障害を検討し、改めて口腔管理について学ぶ機会とします。お忙しいこととは思いますが、ご参加くださいますようお願いいたします。

◇日時：令和2年3月7日（土） 14:00～16:00

◇講演：歯科医師 初田歯科医院（兵庫県歯科医師会）初田将大氏

薬剤師 調整中

言語聴覚士 しあわせ訪問看護ステーション 芝さやか氏

訪問看護師 訪問看護ステーションうさぎ 中澤友紀氏

◇シンポジウム（意見交換会）

◇会場：神戸市立総合福祉センター

4階 第5会議室（中央区橋通3-4-1）

◇定員： 80名（先着順）

◇参加費：無 料

◇受講申込・手続き

① 申込方法と受講票について

参加申込書に必要事項をご記入の上事務局までFAXをお送りください。受講要件を確認の上、折返しこちらから受講票をFAX送信させていただきます

※2週間を過ぎても受講票が届かない場合は恐れ入りますが、事務局までご連絡をください

② ※キャンセルされる方は、お手数ですが事務局迄ご連絡ください



## 受講証明書

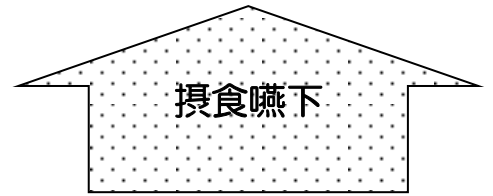
主任介護支援専門員更新研修の受講要件となる受講証明書発行の対象となる研修です  
※必ず、申込書にその旨記載ください（後日発行はできません）

※非会員（神戸市ケアマネジャー連絡会会員以外）の方は証明書発行手数料として、300円を当日受付にお支払いください

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行

**FAX 078-362-5277**

締切日 令和2年2月20日〆切



《研修会・参加申込書》

(申込者)

|                               |   |             |                      |  |                                |      |   |  |             |
|-------------------------------|---|-------------|----------------------|--|--------------------------------|------|---|--|-------------|
| フリガナ                          |   | 介護支援専門員登録番号 |                      |  |                                |      |   |  |             |
| 氏名                            |   |             |                      |  |                                |      |   |  |             |
|                               |   | (男・女)       |                      |  |                                |      |   |  |             |
| 会員区分                          | 1.神戸市ケアマネジャー連絡会   |             | 2.兵庫県介護支援専門員協会(神戸市外) |  |                                | 3.一般 |   |  |             |
| 所属事業所名                        |   |             |                      |  |                                |      |   |  |             |
| 所属事業所住所                       | 〒   | 神戸市         |                      |  |                                |      | 区 |  |             |
| 日中に連絡がつく電話番号                  |   |             |                      |  |                                |      |   |  | (携帯・自宅・勤務先) |
| 受講票が受取れるFAX番号                 |   |             |                      |  |                                |      |   |  | (自宅・勤務先)    |
| 研修受講証明書の発行                    | <input type="checkbox"/> 希望する   |             |                      |  | <input type="checkbox"/> 希望しない |      |   |  |             |
|                               | ※必ずチェックをお願いします。チェックが無い場合は、希望しないものとして、証明書は発行しません。研修当日及び研修終了後にお申出いただいても、発行できかねます。 |             |                      |  |                                |      |   |  |             |
| 講師の先生方に質問がありましたら、こちらにご記入ください。 |   |             |                      |  |                                |      |   |  |             |

※ 申込書にご記入頂きました個人情報は神戸市ケアマネジャー連絡会の活動以外の目的では使用いたしません

※ 申し込み後、キャンセルされる場合は、お手数ですが事務局までご連絡ください

※ 申込書をFAX後、受講票が届かない場合は事務局までご連絡ください

問い合わせ先：一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会 事務局  
TEL078-362-6222 (平日 月・水・金 10時~16時)