

【原則会員の参加ですが、非会員の方は入会申込後
受講できますので、これを機に是非御入会下さい。】

QOL を考慮したポジショニング・身体移動 ～初級熟練者のための研修～

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 地区会長 大浦 武彦

11月30日(土)日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会床ずれセミナーに下元佳子先生に来て頂くことになりました。

その際の下元先生に特別講師をお願いし、前日の11月29日(金)に下記の要領で、「QOLを考慮したポジショニング・身体移動～初級熟練者のための研修～・懇親パーティー」を開催致します。2～3回下元先生の講座に参加してある程度実習をした方を対象としています。

P S. 治療に困っている症例などかかえている方は質問も受け付けます。その患者さんの身体状況がわかるような、スライド(4枚程度)を用意して下さい。

記

◎ QOL を考慮したポジショニング・身体移動～初級熟練者のための研修～ ◎

日 時：11月29日(金) 15:00～19:00

場 所：札幌市中央区北1条西5丁目 旧札幌興銀ビル3階 エクサム会議室

電 話：011-222-5225

会 費：5,000円

◆ 懇 親 会 ◆

日 時：11月29日(金) 19:30～21:30

場 所：串屋(札幌市中央区北4条西5アステイ45ビル地下1F)

電 話：050-5834-4535

会 費：2,000円

《会場地図》

会 場： 株式会社エクサム 大・中 会議室

住 所： 北海道札幌市中央区北1条西5丁目2番地旧札幌興銀ビル3F



【申込・問合せ先】 株式会社エムコム
〒001-0011 札幌市北区北11条西4丁目1番15号
TEL 011-728-6188 FAX 011-728-6151

- ※ 詳細は予告なく変更されることがございますので、適宜ホームページでご確認頂くことをお勧め致します。
- ※ 協会ホームページ：URL：<http://www.zaitaku-jokusou.info>

QOL を考慮したポジショニング・身体移動 ～初級熟練者のための研修～申込書

申込先 FAX:011-728-6151

申込締切日: 11月18日(月)

* FAX 番号を必ずご記入下さい。 申し込み受付後、受領の御連絡を FAX にて返信致します。*

| | | |
|---------------------------|---|---|
| 会員・会員希望 | ① 会 員 (会員番号:HC) ② 会員希望 (下記内容で会員登録も行う) | ※何れかを○して下さい。 ・会員の方は会員番号を。 ・ <u>この内容で会員登録出来ます。</u> |
| 11月29日(金) | | 整理番号 *事務局記入欄* |
| 参加費 | 研修会参加費: 5,000円 懇親会参加費: 2,000円 * 当日、受付にてお支払い下さい * | ◆会員希望で会員登録を申し込まれますと後日、 年会費 4,000 円の振込用紙にて年会費をお支払い頂くこととなります。◆ |
| 氏 名 | しめい ふりがな: | 生年 月 日 (西暦) |
| 勤務先名 | 勤務先部署名 | |
| 勤務先住所 | 〒 | |
| 勤務先 TEL | 勤務先 FAX | |
| 自宅住所 | 〒 | |
| 自 宅 TEL | 自 宅 FAX | |
| E-mail | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (いずれかをレ チェックして下記に記載して下さい) | |
| 発送先 | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (いずれかをレ チェックして下さい) | |
| 職種分類 (いずれかをレチェックして下さい) | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> WOC <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパ-) <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) | |
| 懇 親 会 | <input type="checkbox"/> 出 席 <input type="checkbox"/> 欠 席 (いずれかをレ チェックして下さい) | |

☆ 今回提供頂きますデータは個人情報でございます。日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会の活動及び役員会が必要と認めた事業以外に使用致しません。☆