

## 各位

一般社団法人愛知県医療法人協会 会長 井手 宏  
地域包括ケア委員会 委員長 加藤真二

平成30年度 第1回 QOL 研修会

### 多職種チームで実践する高齢者の排泄ケアの実際

平素より当協会の活動に格別のご高配を賜りありがとうございます。

毎年恒例となりました、日本コンチネンス協会 会長 西村かおる氏による排泄ケアの研修会を開催します。参加ご希望の方は、平成30年5月25日(金)までに当協会ホームページからまたは FAX 送信で事務局へお申し込み下さい。

1	日時	平成30年6月1日(金) 開催時間 14:00~17:00 (開場&受付 13:30 ~)		
2	会場	愛知県医師会館 9階大講堂 (名古屋市中区栄四丁目14番28号 中日ビル南50m) *全館禁煙		
3	テーマ	多職種チームで実践する高齢者の排泄ケアの実際		
4	講師	NPO 法人日本コンチネンス協会 会長 西村かおる		
5	対象者	医療関係の方、介護関係の方 …職種問わず		
6	参加費	主催・共催団体会員 1名 3,000円(税別)	※参加費は事前振込み 受付後、事務局よりお送りする「申込確認書」 記載の方法でお振込みください	
		後援団体会員 1名 3,500円(税別)		
		会員外 1名 4,000円(税別)		
7	定員	120名・・・定員になり次第受付終了	9	共催 日本医療法人協会愛知県支部
8	主催	愛知県医療法人協会	10	後援予定 愛知県病院協会・愛知県精神科病院協会
11	申込方法	①ホームページ・・・「集合研修のご案内」から該当研修のお申し込みを選択、必要事項入力後送信 URL : <a href="http://www.a-iho.or.jp/">http://www.a-iho.or.jp/</a>		
		②FAX・・・下記の参加申込書を送信		

<第1回 QOL 研修会 参加申込書> 送り先 Fax 052-242-4353

法人名			病院・施設名		
所在地	〒				
Tel				fax	
◎申込責任者	役職			ふりがな 氏名	
	参加者の職種	参加者の役職	参加者の氏名		
1					
2					

以下をご了承の上、お申し込みください。

申込責任者欄	必ずご記入下さい ご記入のない場合受付できません 同人が参加する場合は参加者氏名欄もご記入ください
受付した場合	参加申込書受付後一週間以内に「申込確認書」を FAX で送信 参加費入金確認後、「受講票」を FAX で送信 当日「受講票」を各自必ず持参し、受付にご提示ください
その他	空調による温度差を調整できる服装でお越しください