

各 位

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

平成 30 年度 第 2 回 QOL 研修会

高齢者の口から食べる喜びを支援する

高齢者への食べる支援は、医療や介護・福祉に携わる我々の熱意や知識、技術次第で結果が変わってきます。この研修会では食べる障害を持つ人や今後食べる機能が低下するかもしれない人への多面的、包括的なアプローチについて学んでいただきます。【講演形式のため技術実習の予定はございません】

参加ご希望の方は、平成 30 年 10 月 16 日（火）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 10 月 23 日（火） 開催時間 14:00~15:30（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	高齢者の口から食べる喜びを支援する		
4	講 師	愛知医科大学 緩和ケアセンター・栄養治療支援センター 講師 前田 圭介 氏		
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>		
		② F A X …… 下記の参加申込書を送信		

<第 2 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