

「暮らしの場における 認知症高齢者の支援」 ～看取りに向けた連携・チームケア～

【研修内容】*認知症と診断前、診断後それぞれの支援のポイント

*困難事例へのアウトリーチの方法、

チームの役割と連携について

*終末期、看取りの事例に対するかわり方

【日時】令和7年1月22日(水) 13時30分～16時30分

【会場】総合研修センター 研修室

【講師】東京ふれあい医療生協 梶原診療所 訪問診療センター
医師 平原 佐斗司 先生

【受講料】2,000円

【受講定員】40名(先着順)

【受講対象】市内在住または在勤で、福祉施設・事業所等の対人援助職の方

【申し込み】二次元コードまたは総合研修センターのホームページ、
裏面申込用紙記載の上、FAX・郵送にてお申し込みください。

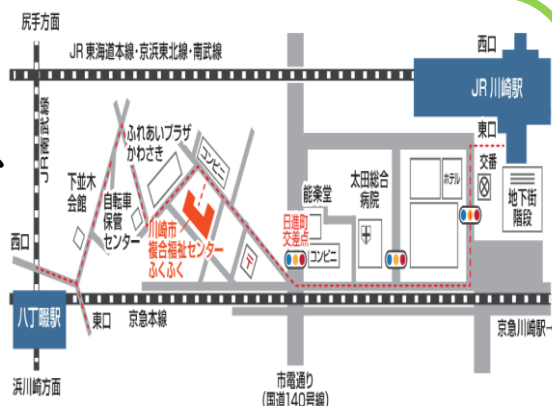
【申込期限】令和7年1月6日(月)

※1月9日(木)を過ぎても、通知が届かない場合は、ご連絡ください。

申込用二次元コード



【交通】
JR「川崎駅」より、
徒歩15分
京急「八丁畷」
駅より、徒歩8分



【事務局】

社会福祉法人 川崎市社会福祉協議会
総合研修センター
〒210-0024 川崎市川崎区日進町5-1
川崎市複合福祉センター(ふうふう)2階
Tel:044-223-6509
Fax:044-223-6598
E-mail:kensyu-c@csw-kawasaki.or.jp

研修番号: A-16 研修申込書

| | | |
|---|--|--|
| 【研修テーマ】 | 暮らしの場における認知症高齢者の支援 ～看取りに向けた連携・チームケア～ | |
| 【所属種別】 | <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 児童 (1つだけ✓をしてください) | |
| フリガナ | | |
| 氏名 | 年齢(記載例: 50代) _____代 | |
| 勤務先名称 | ※福祉の現場で働く方を対象とした講座です。必ずご記入ください。 | |
| 領収書宛名 | ※受講料の領収書宛名となります。正確にご記入ください。勤務先と同じ場合は、記入不要。 | |
| 通知文送付先 | 〒 _____ | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (どちらかに✓) |
| 電話 | FAX | |
| メールアドレス | | |
| ** 申込者情報 それぞれの項目について、複数該当の方は全てに✓してください ** | | |
| 勤務先の種類 | <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 従事経験年数 | <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年～5年未満 <input type="checkbox"/> 5年～10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上 | |
| 事前アンケート | <p>1. 研修テーマについて、どのようなことが知りたいですか。</p> <p>2. 今回の研修はどのような媒体で知りましたか。 <input type="checkbox"/>総合研修センターホームページ <input type="checkbox"/>案内チラシ <input type="checkbox"/>市のメール配信 <input type="checkbox"/>所属からのすすめ <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>3. 合理的配慮を希望する方は、具体的内容を箇条書きでご記入ください。 ※確認のご連絡、研修関係者での個人情報の共有についてあらかじめご了承ください。</p> | |