



北九福祉研第83号  
平成29年7月12日

各介護サービス事業者 管理者 様

社会福祉法人北九州市福祉事業団  
北九州市社会福祉研修所  
所長 大浦 義則  
(公印省略)

平成29年度北九州市介護サービス従事者研修開催のお知らせ  
【介護職のための医学講座5 事故防止】

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。  
当研修所の研修事業につきましては、何かとご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。  
さて、このたび当研修所では平成29年度北九州市介護サービス従事者研修【介護職のための医学講座5 事故防止】を下記のとおり開催しますので、ご参加くださいますようお願いいたします。

記

1. 研修名 平成29年度 北九州市介護サービス従事者研修  
介護職のための医学講座5 事故防止
2. 開催要領 別紙のとおり
3. 日程 Aコース 平成29年 9月22日(金) 10:00~16:00  
Bコース 平成29年10月20日(金) 10:00~16:00
4. 会場 ウェルとばた 2階 多目的ホール  
北九州市戸畑区汐井町1番6号
5. 対象者 北九州市内の介護サービス事業所および介護支援事業所の従事者
6. 定員 各コース 100名  
先着順に受け付け、定員になり次第締め切らせていただきます。
7. 参加費 2,000円(資料代等) ※研修当日に受付にて現金でお支払ください。
8. 申込方法及び申込期限  
(1) 別紙申込書に事業名・受講希望者の氏名・職種・年齢を必ず明記して8月21日(月)までに郵送またはFAXにてお申し込みください。今回の研修は消防署に普通救命講習を依頼している関係上、受講申込み締切を研修の1ヶ月前にさせていただきます。  
(2) 原則として、受講決定通知は行いません。受講をお断りする場合のみご連絡いたします。また、受講生には消防署から修了証が交付されますので申込みいただきました受講生が出席くださいますようお願い致します。
9. その他  
(1) 「救急法」では実技がありますので動きやすい服装でおいでください。  
(2) 自然災害(台風や大雨等)による研修の延期や中止があった場合、社会福祉研修所Webサイトの『緊急お知らせページ』でお知らせします。ご不明な点がありましたら当研修所へお問い合わせください。  
[アドレス http://kensyusyo.blog.bbiiq.jp](http://kensyusyo.blog.bbiiq.jp)  
連絡先: 電話 873-7655 FAX 873-7656 (担当: 中山・藤瀬)

平成29年度 北九州市介護サービス従事者研修 開催要領  
【介護職のための医学講座5 事故防止】

1. 目的

介護職に必要な基礎的な医学と支援について理解する

2. 受講者

北九州市内の介護サービス事業所および介護支援事業所の従事者

3. 日程

Aコース 平成29年 9月22日(金) 10:00~16:00

Bコース 平成29年10月20日(金) 10:00~16:00

※受付は9時30分から、開講は10時00分です。

4. 会場

ウェルとばた 2階 多目的ホール

戸畑区汐井町1番6号ウェルとばた8階 社会福祉研修所 TEL 873-7655

5. 科目

日程 時間	Aコース 9月22日(金) Bコース 10月20日(金)
9:30	受 付・開 講 式
10:00	
13:00	「 救 急 法 」  (講師) 北九州市戸畑消防署 救急隊・普及員
14:00	昼 食・休 憩
16:00	「 高 齢 者 の 誤 嚥 予 防 に つ い て 」 ー あきらめない経口摂取へのアプローチ ー  (講師) 福岡県立大学 看護学部 准教授 櫟 直美
	閉 講 式

※ 研修内容は、講師の都合で変更になる場合があります。

※ 開講しますと、内容の進捗状況などによっては、中途入室は難しい場合がございます。  
講義開始までには受付を済ませ研修室に入室していただきますようお願いいたします。  
但し、開講から30分を過ぎますと受付はいたしませんのでご了承ください。

平成29年度 北九州市介護サービス従事者研修 受講申込書

**介護職のための医学講座5  
事故防止**

平成      年      月      日

受講者所属事業所名：

担当者名：

所在地 〒

(TEL                      ー                      )

(FAX                      ー                      )

**受講者所属事業所種別**

1.療養型医療施設   2.特養   3.老健   4.居宅介護支援

5.通所リハ   6.通所介護   7.訪問介護   8.訪問看護

9.グループホーム   10.特定施設   11.地域密着型特養

12.小規模多機能型居宅介護

13.上記以外 (                      )

(該当するものを○で囲んでください。)

研修受講者	次のとおり標記研修の受講を申し込みます。					
ふりがな	職 種 名	性別	年齢	経験年数	希望コース	備考
氏 名					AまたはB	
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		

- ※ 注意 …
- 1 経験年数は、現在の職種での経験年数を記入してください。
  - 2 受講された方には修了証書を発行いたします。お名前と事業所名は、修了証書に反映されますので正確に記入してください。
  - 3 **受講決定の通知は原則として行いません。受講をお断りする場合のみご連絡いたします。**

**締切 8月21日(月)**

<b>申込先</b>	〒804-0067 戸畑区汐井町1番6号 ウェルとばた8階 北九州市社会福祉研修所 介護サービス従事者研修係 電話 873-7655      FAX 873-7656      (担当:中山・藤瀬)
------------	--

- (1) 「参加申込書」に記載された個人情報、受講決定通知の送付等、本研修の運営にかかる目的のみに使用し、他の目的で使用することはありません。
- (2) 参加者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として「参加者名簿」を作成し、当日、参加者に配布することがあります。参加者名簿には、事業所名、職種、氏名を掲載します。