

平成27年5月吉日

会員および関係各位

第18回 摂食嚥下リハビリテーション講習会 初級課程

～いつまでも、好きなものを、おいしく食べるために～

岐阜県嚥下障害研究会
会長 豊島義哉

皆様におかれましては日々臨床・業務に奮闘されていることと存じます。

さて、今年度も摂食・嚥下障害者のリハビリ、看護、介護、栄養等に携わる方を対象に「摂食嚥下リハビリテーション講習会 初級課程」を下記の通り開催いたします。

業務多忙とは存じますがご参加下さいますようお願いいたします。

記

日 時 : 平成27年8月23日(日) 受付 9:00～
講 義 9:30～12:00
昼 食 12:00～13:00
昼食は各自でご準備ください
講義・演習 13:00～16:00

場 所 : タウンホールとみか 小ホール 〒501-3305 加茂郡富加町瀧田 1555

締め切り : 平成27年8月17日(月) (定員になり次第、締め切らせて頂きます)

定 員 : 50名

内 容 : 1. 摂食嚥下のメカニズム
2. 摂食嚥下障害者の加齢による影響
3. 摂食嚥下障害の評価
4. 間接訓練、直接訓練
5. 食支援に必要な血液生化学データの基礎知識
6. リスク管理: 低栄養、脱水、誤嚥、窒息、
7. 口腔ケア(演習を含む) など

講 師 : 加藤 孝憲 土岐市立総合病院 言語聴覚士
(研究会副会長、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士)
豊島 義哉 国立病院機構 東名古屋病院 言語聴覚士
(研究会会長、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会評議員、認定士)
川口 千治 朝日大学附属病院 歯科衛生士 (研究会 理事)

参加費 : 会員 1000円 非会員 3000円

申込み方法 :

1) 「官製往復はがき」、「FAX」または「メール」にてお申し込みください。

〔往信用はがき〕	表面	→ 「宛名シール」をコピーして貼付
	裏面	→ 「参加申込シール」をコピーして貼付 必要事項を記入して下さい
〔返信用はがき〕	表面	→ 返信先（あなた）の宛名を記入
	裏面	→ 白紙

2) こちらから「受講可否についての通知」を返信致します。「受講許可書」が届いた方は、記載文に従い 期日までに指定の郵便口座へ参加費をお振込み下さい。

- お願い :
- ・参加費の振込みは、期日厳守でお願い致します。
 - ・参加申し込みのキャンセルは、準備の都合上 必ずご連絡下さい。
 - ・ご入金後のキャンセルについては、参加費の払い戻しは致しません。
- なお、代理者の参加は認めますので、その際は事前にご連絡下さい。

— お申し込み・お問い合わせ先 —

〒505-0301 岐阜県加茂郡八百津町八百津 1286-7
岐阜県嚙下障害研究会 初級課程係
FAX (0574) 43-1320
メール gifukenengesyougaikenkyukai@yahoo.co.jp
*お電話での問い合わせは、ご遠慮願います。

【宛名シール】

【参加申し込みシール】

<p>〒505-0301</p> <p>加茂郡八百津町八百津 1286-7</p> <p>岐阜県嚙下障害研究会 初級課程係</p>	<p style="text-align: right;">平成27年 月 日</p> <p style="text-align: center;">第18回 摂食・嚙下リハビリテーション講習会 初級課程 参加申込書</p> <p>1. 氏名 _____ 職種 _____</p> <p style="margin-left: 20px;">勤務先 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 会員 (会員番号) _____ <input type="checkbox"/> 非会員</p> <p>*会員の方は、個人宛の案内封筒のラベルに会員番号が記載されています</p> <p>2. 連絡先 (自宅・勤務先)</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>TEL _____ FAX _____</p>
---	---