

キネステイクス®体験会のご案内

NPO福祉用具ネット主催

介護動作は“抱えないとダメ”と思いませんか？

人の重さを抱えると身体に故障がでてくるのは当たり前の事です。対象が物の場合、皆さんはいろんな道具を使って運ぶことで自分の身体を守りますよね。人の場合も同じです。いろんな福祉用具の使用で、介助する人も、相手の方も楽にできることがあります。もし、道具がない場合はどうでしょう？そんな場合に役に立つのがキネステイクスの考え方による介助です。

ほんの一部ですが、今回体験会を開催いたします。ぜひご体験ください！

開催日： ① 2020年6月20日(日) 14:00～17:00

② 2020年8月22日(日) 14:00～17:00



会場：福岡県立大学附属研究所 大セミナー室

受講料：2,000円（NPO福祉用具ネット会員は1,500円）

対象：介護されている方、介護職、看護師、リハビリ関係者、どなたでも

定員：15名

講師：キネステイクス®アドバンスコーストレーナー 海尾美年子

*体験型の研修ですので動きやすい服装でお越しください。

*受講料は当日受付にてお願いします。

お申し込み：所定のお申し込み用紙にてFAX、郵送にてお願いします。

お問い合わせ：NPO福祉用具ネット事務局 TEL/FAX：0947-42-2286

ファックス0947-42-2286 (NPO福祉用具ネット) 又は郵送でお申込み下さい。

キネステイクス®体験会申込み用紙

申し込み日 2020年 月 日

*ご希望の期日欄に○をつけてください。

	① 2020年6月20日(土)	② 2020年8月22日(土)
NPO会員 (1,500円)		
非会員 (2,000円)		

*お申し込み締め切り日 ① 2020年6月12日 ②2020年8月12日

申込者の お名前 (はっきりと分か りやすくご記入く ださい)	ふりがな _____ 職種(_____)		
	お名前 _____ 性別 男 女		
	複数の方が受講される場合は以下にお名前と職種をご記入下さい。		
	お名前 _____ 性別 _____ 職種 _____		
お名前 _____ 性別 _____ 職種 _____			
お名前 _____ 性別 _____ 職種 _____			
自宅又は職 場の連絡可 能な住所をお 書き下さい。	自宅・職場(どちらかに○をお願いします) 〒 _____		
	住所 _____		
	電話(_____) FAX (_____) 連絡可能な時間もご記入下さい。(_____)		
職種	事業所・施設・病院等の名称 _____		
	電話(_____) FAX (_____)		
	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> FJCコーディネーター <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 在宅介護者 <input type="checkbox"/> 相談員(_____) <input type="checkbox"/> 学生(学校名 _____) <input type="checkbox"/> 上記に該当しない場合は具体的に _____)		
会員区別	<input type="checkbox"/> 個人正会員 <input type="checkbox"/> 団体正会員(団体名 _____)		
	<input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 非会員 *会員は1,500円、非会員は2,000円です。		

お申込み先又はお問合せ先 〒825-8585 福岡県田川市伊田4395 福岡県立大学内
「特定非営利活動法人 NPO福祉用具ネット 事務局」 宛
TEL/ファックス 0947-42-2286 携帯 090-7475-0610
(ご記入いただいた個人情報は、本目的以外には使用致しません。)