

「持ち上げない！」

「抱え上げない！」

「引きずらない！」

## 『抱え上げない看護・介護』技術研修会

### 平成30年度後半の部

### 新しい仲間を募集します。

9月16日・17日の技術認定チェックのために開催した一日コースの学習会の2期性として、後半の部の研修会を計画いたしました。

実技を主体に学ぶ研修会で5回コースです。

できれば、すべてを学んで欲しいのですが、続けて学べない方のために、随時、追加の研修会も計画したいと考えています。

また、今後は技術研修だけでなく、ケアに必要な知識である、排せつや認知症、嚥下機能、褥瘡予防などについても学びを深める研修会を計画したいと思います。

取り敢えず、参加できる日程からでもお申し込みください。

毎回の実技研修の内容は異なる予定です。

研修内容は以下のような内容になります

- ① リフトの使い方、②グローブでの圧ぬき、③シートやボードの使い方
- ④寝返りと起き上がり、⑤座位の姿勢と姿勢修正、⑥ベッド上でのポジショニング・・・等

■会場 福岡県立大学3号館1階 介護実習室他

■定員 32名（先着順・会員優先）

■受講費用（資料代含む） 正会員 2,000円 非会員 4,000円

■締切 10月10日 但し、定員いっぱいになりましたら締切と致します。

お断りする場合のみ、メール又は電話にて連絡を差し上げます。

#### ■日程

	日程	時間
1	10月21日(日)	9時～17時
2	11月11日(日)	9時～17時
3	12月9日(日)	10時～16時
4	平成31年1月13日(日)	10時～16時
5	平成31年3月10日(日)	9時～17時

冬と夏とで、時間が異なりますのでご注意ください。

■受講者は、動きやすい服装・履物で参加して下さい。

■グローブやスライディングシートなどをお持ちの方は個人使用としてご持参ください。

主催 特定非営利活動法人 NPO福祉用具ネット ☎0947-42-2286

(〒825-8585 福岡県田川市伊田 4395 福岡県立大学内)

# 30年度 抱え上げない介護後半の部 申込み用紙

締切日は10月10日

FAX 0947-42-2286 又は郵送でお申し込みください。

定員32名 定員いっぱいになりましたら締切と致します。

	日程	時間	参加申し込み	お弁当申込 500円
1	10月21日(日)	9時~17時		
2	11月11日(日)	9時~17時		
3	12月9日(日)	10時~16時		
4	平成31年1月13日(日)	10時~16時		
5	平成31年3月10日(日)	9時~17時		

申込者の お名前	ふりがな _____ 職種( _____ ) お名前 _____ 性別 男 女				
住所 ☑して下さい。	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅 〒 _____ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">電話</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>		電話		
	電話				
携帯電話	連絡可能な時間 _____				
開催連絡のため メールアドレス を登録します。	<p style="color: red;">*アルファベットや数字は分かりやすく記載して下さい。</p> PCメール _____ 携帯メール _____ 携帯の場合、 <a href="mailto:npo-fukusiyounet@sage.ocn.ne.jp">npo-fukusiyounet@sage.ocn.ne.jp</a> のアドレスからのメールを受信できるように設定しておいてください。 *メールでの連絡手段を中心にしたいと思いますので、アドレスは正確に記載して下さい。いつも、アドレスの書き方が不明瞭で大変苦労しています。				
職種	<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				

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」担当 大山 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。)