

## 令和5年度 地域介護講座 (鹿児島地区会場)

地域や家庭で介護をしている方や介護に関心のある方に、基本的な介護の知識と技術を学んでいただくことを目的に開催いたします。

～無理せず、決して一人で抱え込まない、地域全体で見守る介護を目指して～

主催：鹿児島県介護実習・普及センター

共催：県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連絡協議会

- 1 日時 令和5年 9月30日(土) 10:00～15:30 (受付9:30～)
- 2 場所 串木野高齢者福祉センター (いちき串木野市新生町183)
- 3 定員 30名
- 4 資料代 500円

### 【プログラム】

【時 間】	【形 式】	【内 容】	【講 師】
9:30～	受付		
10:00～12:00 (12:00～13:00)	【講義・実技】 昼食	らくらく！寝返り・起き上がり・立ち上がり・移乗の介助方法	作業療法士
13:00～15:00	【講義・実技】	ここに注意！誤嚥をふせぐ食事の介助方法	言語聴覚士
15:10～15:30	【講義】	これは助かる！福祉用具の選び方・使い方	介護実習・普及センター

### 申 込 用 紙

FAX番号:099-239-0384

#### <申し込みにあたっての注意事項>

- FAX、郵送または持参でお申し込みください。2人以上申し込む場合はコピーしてください。  
※FAXの送信エラー等により申込書を受信できないことがありますので、FAX送信確認については十分ご注意ください。
- 先着順で受付け、決定者には通知を送ります。定員を超えた場合はキャンセル待ちとなり、辞退者が出了際に順次連絡させていただきます。  
※キャンセル・無断欠席は他の受講者の迷惑となりますので、計画的な受講申し込みをお願いします。
- 受講申込書にご記入いただいた個人情報、社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会「個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)」に基づき適切に管理し、本介護講座・研修の運営管理のみに利用させていただきます。

#### ■ 受講申込者

申込日 令和 5年 月 日

氏名	ふりがな	性 別	年 齢	領収書の宛名
		男 ・ 女	歳	勤務先名 ・ 個人名
住所	連絡先 ( 自宅 ・ 勤務先 ) ※勤務先の場合、勤務先名まで必ずご記入ください。			勤務先名
	〒			
TEL	昼間(9:00～16:00)に連絡がとれる電話番号をお書きください。		FAX	
その他	※研修受講時の配慮事項、講師への質問等があればご記入ください。		介護経験	有 ①仕 事 年
				職業内容( ) ②家庭介護 年
				無



【申込先及び問合せ先】  
 鹿児島県介護実習・普及センター  
 〒892-0816 鹿児島市山下町14-50  
 (かこしま県民交流センター2階)  
 TEL099-221-6615・6616 FAX099-239-0384  
 休館日：月曜日(祝日の場合は翌日) 12/29～1/3

センター受付日