

南予地区口腔ケア実習研修会

有病者口腔ケアが重視されるようになり、多職種での口腔ケアにかかわることが増えてきております。しかし実際どのように行うかのスキルなどの提示される機会が少ないように思われます。そこで、今回、市立八幡浜総合病院 摂食・嚥下障害看護認定看護師の清水義貴先生より「摂食・嚥下障害の理解と口腔ケア～基礎～」を実践及び体験を主体として日常的口腔ケアの中において明日からにでも実践で役にたてるような研修会を行う予定です。また、今回は基礎になっており今後は応用編など定期的かつ継続的に行っていく予定です。

時節柄ご多忙の折とは存じますが、ご参加いただければと思います。

日 時： 2014年3月8日(土) ※A・Bどちらも同じ内容です。ご都合の良い方を選択ください。

A: 13:00～14:30 (受付開始12:30) / **B:** 15:30～17:00 (受付開始15:00)

場 所： 大洲市総合福祉センター 2F研修室 (愛媛県大洲市東大洲270-1)

参加費： 2,000円 ※実習教材費含む **定 員：** 各回20名

持参物： タオル

対象者： 看護師、歯科衛生士、言語聴覚士 等

お申込方法/締め切り

裏面の参加申込書を
2014年3月3日(月)までに、
FAXにてご送付ください。

各回定員20名に達し次第、締め切らせていただきますので予めご了承ください

プログラム

「 摂食・嚥下障害の理解と口腔ケア 」

～ 基礎編 ～

市立八幡浜総合病院 摂食・嚥下障害看護認定看護師

清水 義貴 先生

共 催： ティーアンドケー株式会社

お申込みなどに関するお問合せ先 [共催] **T&K** ティーアンドケー株式会社

☎ 03-5640-0233

担当：植田 正人 (m.ueta@biotene-tk.co.jp / 080-3511-7237)

参加申込書

南予地区口腔ケア実習研修会

ティーアンドケー株式会社 行 **FAX 03-3668-2790**

ご施設名				所属			
住所 (〒 -)							
TEL ()				FAX ()			
出席者	ふりがな	職種	参加	出席者	ふりがな	職種	参加
	御氏名		A		御氏名		A
			B				B
	ふりがな	職種	参加		ふりがな	職種	参加
	御氏名		A		御氏名		A
		B				B	
申し込み受付完了のご連絡先				担当者	所属		
FAX ()					御氏名		
御質問	※演者の先生方に質問がある方は、こちらにご記入ください。当日のプログラム進行状況により、講演の時間内にお答えいただけない場合がございますのでご了承下さい。						

※5名以上のご参加の場合には、コピーしてお使いいただきますようお願いいたします。



T&K返信欄

申込人数

.....

受付日

.....

お申込みありがとうございます。
上記のとおり受理いたしました。

会場：大洲市総合福祉センター 2F研修室（愛媛県大洲市東大洲270-1）

個人情報について：ご記入いただきました個人情報は当セミナーの出欠の有無・セミナー報告書に利用いたします / 個人情報の取り扱いには弊社個人情報保護方針に則り厳重に管理いたします