

申込用紙

2008年 月 日

私は 2日コースのA研修に申し込みます 1日コースのB研修に申し込みます。

下記に必要事項をご記入のうえ、FAXもしくは郵送にてお申し込み下さい。(e-mail 添付でも可)

1人1枚でお申し込み下さい。複数人数申し込みの場合は、この用紙をコピーしてお使い下さい。

ふりがな			男 ・ 女	
氏名			年 月 日 生	歳
勤務先事業所名				
勤務先住所	〒			
自宅住所				
自宅等連絡先 ※連絡がとれる番号にチェックして下さい。(複数可)	電話番号 ()	FAX 番号 ()		
	携帯 <input type="checkbox"/> 携帯 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> E-mail:			
2日目(実技演習) 希望日程(A研修のみ)	①日程 9/14(日)		②日程9/28(日)	
	※ 遠方の方で受講のために宿泊する方は優先しますので右記チェックを⇒ <input type="checkbox"/> 宿泊する ※ ご希望にそえない場合がありますので、予めご了承ください。			
事前アンケート	医療的ケアについて関わったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 現在関わっている <input type="checkbox"/> 過去に関わったことがある <input type="checkbox"/> 今後関わる予定がある <input type="checkbox"/> 具体的な予定はない			
保育希望(B研修のみ)	あり ・ なし			
職種・立場	施設職員	通所 入所	グループホーム	相談支援 保育 管理職
	ヘルパー	常勤 非常勤	管理職	
	教員	養護学校	特別支援級 普通級	配置看護師
	医療職	看護師	PT OT	その他
	無職	母親 父親	祖母 祖父	兄弟 姉妹 親戚 ボランティア
保有資格(あれば記載)	訪問看護師(1級 2級) 介護福祉士 社会福祉士 精神保健福祉士 教員 看護師			
従事経験年数	6ヶ月未満 6ヶ月～1年 1年～3年 3年～5年 5年以上			
ボランティア経験年数 (ご家族は記載不要)	6ヶ月未満 6ヶ月～1年 1年～3年 3年～5年 5年以上			
交流会参加の有無	第1日目講義終了後に会場内で交流会を開催します。(会費2,000円) 交流会に 参加する 参加しない (どちらかに○を付けてください)			

※ 定員を超えた場合は、医療的ケアについて関わっている、もしくは予定のある方に優先して受講していただきます。

送信先	神奈川県心身障害児者父母の会連盟 担当 白岩
連絡方法	FAX 番号 045(324)8985 e-mail BCB07235@nifty.com
郵送先	〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡4番地2 神奈川県社会福祉会館内

研修内容

【1日目】全体講義（240名）【講師は予定】

☆ **9月13日（土）** 横浜ラポール（横浜市）

1. 医療的ケアの必要な方の在宅生活（日本ALS協会/さくら会 川口有美子）
2. もぐもぐごっくんゴッホンの科学（ソレイユ川崎 江川文誠）
3. 呼吸障害・摂食障害の対処法（相模原療育園 細田のぞみ）
4. 吸引・栄養注入について基準と手順（川崎大師訪問看護ステーション 島田珠美）
5. 医療行為からはずされたケアについて（ソレイユ川崎 江川文誠）
6. 医療的ケアの今日（八王子東特別支援学校 下川和洋）

【2日目】実技指導（各70名）【講師は予定】

☆ **9月14日（日）** ソレイユ川崎（川崎市）①グループ

☆ **9月28日（日）** ソレイユ川崎（川崎市）②グループ

1. 呼吸リハビリ実習（横浜療育園 花井丈夫、ソレイユ川崎 人見眞理）
 - ①呼吸の見方
 - ②呼吸を邪魔しない姿勢の作り方
 - ③呼吸介助の実際
2. たんの吸引など（ソレイユ川崎 沖田康子他 看護師）
 - ①器具の取扱
 - ②実習生相互実技
 - ③シミュレーション人形を使った実習

