

第14回キャリアアップセミナーのご案内

介護におけるリスクマネジメント

～認知症介護とリハビリテーションの視点より～

日時

11月30日(土) 13:30～17:00

受付開始：13:00

第1部 13:30～15:00 リハ専門職の視点でみる介護現場のリスク管理

第2部 15:15～16:45 認知症介護におけるリスクマネジメントの視点

第3部 16:45～17:00 質疑応答

会場

宮城県介護福祉士会・研修室

宮城県仙台市青葉区上杉1丁目7番1号(地下鉄 勾当台公園駅より徒歩3分)

参加費

総合ケア推進協議会会員：2,000円

以下の資格をお持ちの方：3,000円

- ・認知症ケア指導管理士(初級または上級) ・学生
- ・健康予防管理専門士 ・整容介護コーディネーター

上記以外の一般の方：5,000円

定員

30名

講師

勝部 あき

宮城県介護福祉士会 代議員・介護教員

落合 友香

理学療法士

介護の現場では、転倒や誤飲など様々な危険と隣り合わせにあります。そのために専門職には、事後やトラブルを未然に防ぐためのリスクマネジメントが求められます。今回のセミナーでは、介護現場におけるリスクマネジメントの重要性と実践的なリスクマネジメントの事例や方法について解説します。

第一部では、認知症の方への介護における様々なリスクを考察し、適切な認知症ケアにつながるリスクマネジメントについて解説します。

第二部では、リハビリテーション専門職の視点から、介護現場で考えるべきリスクを理解し、リスクを回避する方法をお伝えいたします。

お問合せは

内閣府認可 一般財団法人 職業技能振興会

資格取得キャリアカレッジ

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 1-32-3 2階

<http://www.ss-cc.jp>

TEL: 03-5823-7885

FAX: 03-5823-7886

第14回キャリアアップセミナー お申込についてのご案内

《インターネットからお申込いただく場合》

「キャリアアップセミナーのご案内」ページをご覧ください、ページ下部にご案内お申込フォームよりお申込ください。お申込後はメールにてご案内いたします。



資格取得キャリアカレッジHP
セミナー案内ページにアクセス!
<http://www.ss-cc.jp/seminar/>

《当申込書にてお申込いただく場合》

1. セミナー参加費を当事務局指定口座へお振込ください。(※振込手数料はご負担ください)
※お振込用紙などはございませんので、下記口座にセミナー代金を直接お振込いただきますようお願いいたします。

振込先	[ゆうちょ銀行からのお振込]	ゆうちょ銀行 00140-6-393815
	[他行からのお振込]	ゆうちょ銀行 019 (ゼロイチキョウ)店 当座 0393815
	[口座名義]	資格取得キャリアカレッジ(シカクシュトクキャリアカレッジ)

2. 下記申込書に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにて当事務局までお送りください。

送付先	〒111-0053 東京都台東区浅草橋 1-32-3 2階	[F A X]
	資格取得キャリアカレッジ宛	03-5823-7886

3. 申込書およびご入金確認が取れた方は、セミナー開催日の2週間程前に受講票を発送いたします。
ご入金のご確認および申込書の到着をもって、お申込完了となります。

申込書送付の前に、参加費をお振込ください。

※お申込完了後のキャンセル・ご返金はお承りできませんのでご注意ください。

※お申込完了のご連絡は基本的におこなっておりません。

お申込完了の確認を希望される場合は、キャリアカレッジまでご連絡ください。(TEL:03-5823-7885)

申込締切:2019年11月18日(月)

※申込締切に間に合わない方は事前にご連絡ください

お申込多数の場合、早期にお申込を締め切る場合がございます。
参加希望の方はお早めにお申込ください。

最新情報はホームページ、またはお電話にてご確認ください。

■第14回キャリアアップセミナー

介護におけるリスクマネジメント 参加申込書

FAX 03-5823-7886

2019年11月30日(土) 仙台会場

申込日: 2019年 月 日

参加費 該当する区分の □をチェックして下さい	2,000円	<input type="checkbox"/> 総合ケア推進協議会会員 ※会員番号(T)
	3,000円	<input type="checkbox"/> 認知症ケア指導管理士(初級または上級) <input type="checkbox"/> 整容介護コーディネーター <input type="checkbox"/> 健康予防管理専門士 ※認定登録番号(DC / ADC / HP / CC) <input type="checkbox"/> 学生(必ず学生証の写しをご一緒にお送りください)
	5,000円	<input type="checkbox"/> 一般の方

※総合ケア推進協議会会員、または資格所持者の方は、会員番号・認定登録番号を必ずご記入ください。

※学生証の確認ができない場合、学生料金にて承ることができませんのでご注意ください。

フリガナ		性別	生年月日	電話番号
氏名		男・女	S・H 年 月 日(歳)	(自宅) (携帯)
住所	〒			F A X
E-MAIL				

参加費お振込日をご記入ください: 月 日

※お振込明細はお手元に必ず保管ください。
※お振込先は、上記「振込先」欄をご確認ください。