

(平成 30 年 2 月 2 日再送)

全日病 発 第 314 号

平成 29 年 12 月 19 日

各 位

公益社団法人 全日本病院協会
会 長 猪口 雄二
プライマリ・ケア検討委員会
委員長 牧角 寛郎

平成 29 年度 第 2 回「病院職員のための認知症研修会（ユマニチュード®入門研修会）」の開催について

全日本病院協会の活動につきまして、平素から格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

当協会では、高齢社会における会員施設での医療提供体制の強化を重要な課題と考え、研修会を開催いたしております。

昨年度までに、医師、看護職、リハビリテーション職、医療ソーシャルワーカーの方々等を対象とした「病院職員のための認知症研修会」を 4 回にわたって開催いたしましたところ、大変御好評いただきました。

つきましては、今回も認知症の方にもお役立て頂ける、「ユマニチュード®」をテーマとした研修会として開催いたします。なお、同一施設から複数名のご参加が効果的と考え、推奨しております。（同一医療機関より 3 名様までのご参加といたします）。

また、本研修を 2 日間通して参加された方には、当協会より「受講証」を発行いたします。

関係職種の職員のご参加について、ご高配方宜しくお願い申し上げます。

※本研修は「認知症ケア加算 2」対応研修ではございません。お間違えなきようご注意ください。

記

1. 日 時 平成 30 年 2 月 17 日（土） 13:00～18:00
2 月 18 日（日） 9:00～15:00
2. 会 場 （公社）全日本病院協会 大会議室 （別紙会場案内図参照）
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F
TEL:03-5283-7441 FAX:03-5283-7444
JR 中央線・都営三田線「水道橋」駅東口下車 徒歩 4 分
3. 対象者 医療機関の医師、看護職員、リハビリテーション職員、医療ソーシャルワーカー職員等
4. 定 員 120 名（※同一医療機関より 3 名まで。先着順とさせていただきます。）

5. プログラム (予定)

≪1日目 開始 13:00 終了 18:00≫

開始	終了	内容	講師 (敬称略)
13:00	13:05	開会挨拶	全日本病院協会 役員
13:05	18:00	ユマニチュード®:講義・演習① (途中適宜休憩)	国立東京医療センター 本田 美和子 (インストラクター数名)
18:00		事務連絡	事務局

≪2日目 開始 9:00 終了 15:00≫

開始	終了	内容	講師 (敬称略)
9:00	12:00	ユマニチュード®:講義・演習②	国立東京医療センター 本田 美和子 (インストラクター数名)
12:00	13:00	昼食休憩	
13:00	14:55	ユマニチュード®:講義・演習③	国立東京医療センター 本田 美和子 (インストラクター数名)
14:55	15:00	閉会挨拶	

6. 参加費 会員病院職員 本体価格 32,000円 (税込 34,560円)
非会員病院職員 本体価格 40,000円 (税込 43,200円)
※資料代、昼食代等を含みます。

7. 申込方法 ①別紙申込書に必要事項をご記入のうえ FAX 03-5283-7444 にてお申し込み下さい。
②おって「参加費振込依頼票・受講票」を FAX にて送付いたしますので、送付された案内をご確認・返信のうえ、参加費を指定期日までにお振込ください。
(お申込 FAX 送付日より 3 営業日経過いたしましても②の返信が無い場合、大変お手数ございますが、下記お問い合わせ先までご連絡ください。)

8. 締切日 平成30年2月9日(金) (定員に達し次第、締切となります。)

9. 取り消し 入金後の参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。
欠席者には資料の発送をもってかえさせていただきます。

10. お問合せ 公益社団法人 全日本病院協会 事務局 病院職員のための認知症研修会担当
〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F
TEL : 03-5283-7441 FAX : 03-5283-7444

※HUMANITUDE およびユマニチュードの名称およびそのロゴは、日本およびその他の国における仏国 SAS HUMANITUDE 社の商標または登録商標です。

【会場案内図】

(公社)全日本病院協会 大会議室

東京都千代田区神田猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F

TEL:03-5283-7441 FAX:03-5283-7444



交通手段

JR 中央線・都営三田線

「水道橋」駅東口下車 徒歩4分

平成29年度 第2回「病院職員のための認知症研修会(ユマニチュード®入門研修会)」

(H30.2.17/18)

参加申込書

<申込締切：平成30年1月31日(水)>

下記事項をご記入のうえ、FAXにてお送りください。

【FAX 番号】03-5283-7444

※ 楷書にて正確にご記入ください。

病院名			
住 所	〒 —		
TEL	() —		
FAX	() —		
メールアドレス	@		
参加者	職 種 (該当するものにチェックしてください)	役 職	氏 名
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> リハビリテーション職 <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他 ()		(フリガナ) -----

事務連絡担当者 ※参加者と異なる場合 ご記載ください	氏名	部署／役職
		/

【申込書送付先・問合せ先】

公益社団法人 全日本病院協会 事務局 病院職員のための認知症研修会担当：長戸、向井
〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F
TEL：03-5283-7441 FAX：03-5283-7444

※1施設より複数名申込の場合には本紙をコピーするか、当協会ホームページより申込書をダウンロードして下さい。

※研修会申込者の個人情報、本研修会の実施に関する目的にのみ使用いたします。

※受付受理後、「確認書・参加費お振込のご案内」をFAXにてお送りいたしますので、送付された案内をご確認のうえ、参加費を指定期日までにお振込ください。