

# 平成 29 年度 高齢者の摂食嚥下障害支援研修 受講申込書

※平成 29 年 10 月 31 日時点でご記入ください。

	ふりがな			
	氏 名			
	自宅住所	〒 ー 電話又は携帯 ( )		
勤務先	名 称			
	所在地	〒 ー 電 話 ( )		
	問い合わせ先 (問い合わせ する場 合が あり ます)	希望するものにチェック： <input type="checkbox"/> 自宅又は携帯 TEL <input type="checkbox"/> 勤務先 TEL <input type="checkbox"/> メール メールアドレス _____		
	所属部署		職 位	
	次の区分・職種は演習・事例検討のグループ分け及びセンターの統計資料作成の参考とするため、お伺いするものです。現在従事している主な職務内容等からひとつ選択して、番号に○をつけてください。			
	区分 (医療機関は ( )内の□ にチェック してください。)	1 医療機関(□急性期 □回復期 □療養型)    2 診療所(在宅、訪問歯科等) 3 特別養護老人ホーム    4 介護老人保健施設    5 在宅サービス関連事業所等(訪問 看護ステーション・地域包括支援センター・介護保険指定居宅サービス提供事業所) 6 その他老人福祉施設(養護・軽費・有料老人ホーム)    7 行政機関(保健所、市町村 等)    8 その他( )		
職種	1 看護職員    2 保健師    3 言語聴覚士    4 リハビリ関連職員    5 管理栄養士 6 栄養士    7 医師・歯科医師    8 歯科衛生士    9 介護・介助職員、生活援助・指導員 10 介護支援専門員    11 相談員    12 ホームヘルパー 13 その他( )			

※裏面の「課題の概要」は選考に関わる項目です。必ず記入してください。

## 課題の概要

平成 29 年度 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター「高齢者の摂食嚥下障害支援研修」

ふりがな 氏名	
<b>&lt;受講の動機・研修で学びたいこと&gt;</b>	
<b>&lt;摂食嚥下の対応に関する課題について、検討したい事例を具体的に記入してください&gt;</b>	
(年齢、性別、身長・体重、家族構成、要介護度、既往歴、診断名、ADL 状態、食事形態、歯の状態、経過及び対応等)	
<b>&lt;事例を通して自分が思う課題&gt;</b>	

※実践教育センターでは、保健福祉大学実践教育センター個人情報取扱方針に基づき、収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。

【申込期間】 平成 29 年 10 月 10 日 (火) ~ 10 月 24 日 (火) 必着  
【申し込み先】 保健福祉大学実践教育センター 実践教育部 宮島 宛て  
(住所) 〒241-0815 横浜市旭区中尾 1-5-1  
(電話) 045(366)5871