

# 第8回

平成27年度 京都市地域リハビリテーション推進研修

# 介護職のための医療的ケア研修



## 目的

本研修は、リハビリテーションに関連する知識及び介護技術等の向上を目的とした研修を行うことにより、本市における地域リハビリテーションの推進及び充実を図るとともに、福祉・介護サービス等の質の向上に資することを目的とします。

## 受講

受講不可の場合を除き受講承認等の通知は致しませんので、当方から事前に受講不可の連絡がない場合は、研修申込書の写し等をご持参のうえ、会場までお越しください。

## 留意事項

- (1) やむを得ず欠席される場合は、必ず事前にご連絡ください。
- (2) 締め切り後においても、定員に達していない等により受講枠に空きがある場合には、申込を受け付けますのでお問い合わせください。
- (3) 聴覚障害により手話通訳等が必要な方は、事前に御連絡ください。
- (4) 自家用車でのご来場はできません。公共交通機関等をご利用ください。

## アクセスマップ



会場 ● 地域リハビリテーション推進センター1階研修室  
時間 ● am 9:00～am 12:00(受付8:30)

- ※ 四条烏丸から市バス(3、11、13、特13、26、29、203系統)で四条御前通下車すぐ
- ※ 京都駅から市バス(26、28、71系統)で四条御前通下車すぐ
- ※ 阪急西院駅(西大路四条)から四条通を東へ徒歩6分
- ※ 京福西院駅からは、四条通を東へ徒歩3分

## 第8回 介護職のための医療的ケア研修「申込書」

(あて先)京都市地域リハビリテーション推進センター相談課

※全てご記入ください

申込者の氏名	(ふりがな)	性別	男	女
		経験年数	年	箇月
現在従事している職種	<input type="checkbox"/> 生活支援員(指導員) <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> その他( )   ※主に行っている業務について一つチェックしてください			

所属している事業所(施設の名称および種別、住所を記入)		
(名称)	(TEL)	(FAX)
(住所)〒		

事業所等種別	事業分類	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他行政機関
	サービス事業所種別	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 居宅・訪問介護 <input type="checkbox"/> 相談支援事業 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 総合支援学校 <input type="checkbox"/> その他( )   ※主なものの一つにチェックしてください

※申込締切 2015年12月4日(金)  
ただし、定員になり次第、締め切ります。

申込書送信先 **FAX 075-842-1541**