

令和6年度 認知症に関する研修会（介護①）

認知症医療センター（国立病院機構大牟田病院）は、下記の内容にて認知症に関する研修会を開催することといたします。参加者の皆様が日常業務へ活用していただける機会になれば幸いです。関心のある方のご参加をお待ちしております。

認知症 研修会（介護①）

日時：令和6年8月6日（火） 17:30～18:30（受付17:15～）

内容：認知症. 介護面の概説

『認知症の対応力アップ ～ケア拒否の対応～（仮）』

講師：国立病院機構大牟田病院 認知症看護認定看護師 緒方 由美 先生

対象：地域包括支援センター、介護サービス事業所、病院など、認知症の方のケアに従事している方や認知症関連の行政職の方

場所：柳川総合保健福祉センター「水の郷」

*別添地図及び駐車場の案内をご参照ください。

参加費：無料

定員：50名 *お申込み先着順、定員に達し次第、締切らせていただきます。

申込締切：7月30日（火）

申込方法：FAX、メール、QRコードのどれかで申込み下さい。

*研修に関する問い合わせ先は、当センターへお願いいたします
研修会場には、直接お問い合わせしないようお願いいたします

*参加申込多数で調整する場合は、こちらからご連絡させていただきます。
こちらから連絡がない場合は、参加可能とご理解ください。



<お問い合わせ先・お申込み先>

福岡県認知症医療センター（国立病院機構 大牟田病院） 担当：三池

TEL&FAX：0944-58-7265 Mail：604-Ninti@mail.hosp.go.jp

※電話が繋がりにくい時は、大牟田病院（0944-58-1122）へお電話下さい

送信票

*送信案内は不要です

| | |
|-------|--------------------------------|
| 送 信 先 | 福岡県認知症医療センター（国立病院機構大牟田病院） 宛 |
| | FAX：0944-58-7265 |
| | Mail：604-Ninti@mail.hosp.go.jp |

認知症 研修会（介護①）参加申込書

申込締切：令和6年7月30日（火）まで

<所属施設>

施設名： _____ 電話番号： _____ 担当者： _____

| 施設名 | 氏 名 | 職種 | 経験年数 |
|-----|-----|----|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*研修に関する問い合わせ先は、当センターへお願いいたします。研修会場には、直接お問い合わせしないようお願いいたします。

*参加申込多数で調整する場合は、こちらからご連絡させていただきます。こちらから連絡がない場合は、参加可能とご理解ください。

◆お問合せ先◆

福岡県認知症医療センター（国立病院機構大牟田病院） 担当：三池
TEL&FAX：0944-58-7265 Mail：604-Ninti@mail.hosp.go.jp
*大牟田病院 代表（TEL：0944-58-1122）

*申込み用QRコード

