

令和8年度短期専門講習 北海道支部主催

## 感染症対策について

ライブ配信セミナー

人気のテーマをライブ配信でお届けします！

[日 時] ▶▶▶ 令和8年11月5日(木) 13:00~16:00 (受付 12:30より開始)

[受講料] ▶▶▶ 一般:3,500円(税込) 賛助:3,150円(税込)

[形式] ▶▶▶ ZOOMでのライブ配信

[内容] ▶▶▶ 感染症の種類、介護現場での  
予防対策、感染者が出た時の対応 等

[締 切] ▶▶▶ 令和8年10月21日(水)

impサポートセンター 代表

講師 伊藤 幸咲氏

(感染管理認定看護師・看護学位)

総合病院で外科系を経験後、手術室に9年間勤務。  
その後感染管理認定看護師を取得し、病院の感染  
管理業務に携わる。2019年、impサポートセンター設  
立。現在は感染対策を届ける活動を行っている。

## ～Webセミナー受講における禁止事項および注意事項～ (必読)

## ■禁止事項

- ・本Webセミナーの視聴用URLとパスワード等の第三者への転用・貸与
- ・本Webセミナーの録画、録音、撮影、スクリーンショットやダウンロード及び資料の無断複写や転用、転載
- ・本WebセミナーのSNS上への掲載
- ・本Webセミナーにおける著作権を侵害する行為を行う事

## ■注意事項

- ・Webセミナーの視聴の際、インターネット利用環境等についてのご質問はお受け出来かねますので、予めご了承ください。
- ・受講に必要な機材や通信費は受講者様のご負担となります。スマートフォン等による視聴は、パケット通信料定額制に加入していない場合、特にご注意ください。
- ・Webセミナーの視聴の際、PCウイルスに感染した場合、当センターで責任は負いかねますので、視聴する端末等のセキュリティ対策は受講者様で行って頂くようお願いいたします。なお、受講者様の機材や通信環境が原因でPCウイルスに感染し損害が発生した場合、当該受講者様に賠償責任を取って頂くことがあります。
- ・当センターの都合で配信不可となった場合は、電話等でご本人に連絡の上、お振込み額を返金いたします。

## 【お問い合わせ先】

公益財団法人介護労働安定センター福島支部  
TEL : 024-523-1871 FAX : 024-523-1876



LINEのお友達登録いただいた方には、ホームページの更新情報をご案内いたします♪

# 受講申込書 (FAX 024-523-1876)

- 【手順1】「受講申込」下記項目全てをご記入の上 FAXまたは、ホームページからお申込みください。
- 【手順2】「受付連絡」当センターより、申込書に記入いただいたメールアドレスあてに「受付完了」メールをお送りします。  
 ※注意事項 ①アドレス確認のため、受付完了メールの受信確認後には「確認しました等の返信」をお願いします。  
 ②申込み後1週間経っても受付完了メールが届かない場合は、ご連絡(024-523-1871)をお願いします。
- 【手順3】「請求書の送付」当センターより、申込書に記入いただいた住所あてに「請求書兼払込取扱票」を郵送します。  
 ※注意事項 開催日の2週間前までに請求書兼払込取扱票が届かない場合は、ご連絡(024-523-1871)をお願いします。
- 【手順4】「受講料振込み」請求書に記載の支払期日までに、受講料をお振込みください。  
 ※注意事項 ①振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。  
 ②振込票の控えをもって領収書に代えさせていただきますので大事に保管ください。  
 ③受講をキャンセルされる場合は必ずご連絡ください。  
 お申込者様の都合によるキャンセルの場合は、振込手数料を差し引いてのご返金となります。  
 また、開催日から起算して14日前以降は、原則として返金できませんので予めご了承ください。
- 【手順5】「入金確認」当センターで入金確認後、「決定通知」をメールでご案内します。  
 ※注意事項 センター都合により開催中止となる場合は、電話等で受講者様またはご担当者様にご連絡の上、ご指示いただいた口座あてに受講料を返金します。(この場合の振込手数料は当センターが負担します。)

## 北海道支部主催「感染症対策について」ライブ配信セミナー

開講日：11月5日(木) 13時～16時(3時間)

【1名 一般：3,500円(税込) 賛助会員：3,150円(税込)】

下記の項目は受講に必要な情報となりますので、記入漏れのないようお願いいたします。

受講者名・役職名	(フリガナ) 役職名	※お申込み担当者がいる場合は、氏名・役職名をごちらに記入ください。 氏名 役職名	
受講者の保有資格 ※○を付けてください	介護福祉士・実務者研修修了・看護師・ケアマネ・その他( )		
法人申込の場合 法人名・事業所名		賛助会員の確認(どちらかに○) 会員・非会員	
住所・連絡先	〒	TEL FAX	
請求書送付先 ※上記住所以外の場合は記入ください	〒	TEL	ご担当者名
E-mail	※受講日までのご連絡をメールでお送りいたしますので必ずご記入ください。		
同意事項	下記記載の「ライブ配信受講における禁止事項及び注意事項」に同意し、右欄にチェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> 同意する	
【特定商取引法改正に伴う有料講習広告送信の承諾について】	今後開催予定の有料講習・セミナーの募集チラシの送信の許諾に関して、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> メール送信 <input type="checkbox"/> FAX送信 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 承諾しない		