

# STによる介護職員向け研修

～誤嚥性肺炎やフレイルを予防するために介護現場にてできること～

## ① 誤嚥性肺炎を予防するために



**8月27日（水） 14:00～16:30（2.5H）**

～主な研修内容～

- ・嚥下のメカニズムとは？
- ・機能維持、回復、増進のために介護現場でできる口腔マッサージ
- ・歯科との連携「口腔連携強化加算」について

会場  
WEB  
同時開催

## ② コミュニケーション障害の種類 と意思疎通の手段について

**12月23日（水） 14:00～16:30（2.5H）**

～主な研修内容～

- ・さまざまなコミュニケーション障害(失語症・構音障害・聴覚障害・認知症など)
- ・接し方と留意点について

### 講師

○濱崎 恵氏 平和会クリニック訪問リハビリ部門 言語聴覚士

○竹ノ内裕一氏 医療法人平和会法人事務本部主任 理学療法士

### 会場

鹿児島県市町村自治会館（鹿児島市鴨池新町7-4）※駐車場有料 **403**号室

**定員** 各回 会場**40名** & WEB**40名**（定員に達し次第、締切となります）

**受講料**（消費税込）

①又は②のみ参加の場合 **各回一般価格：4,000円 賛助会員：2,800円**

**【セット価格】** ①②参加の場合 **一般価格：6,000円  
賛助会員：4,200円**

賛助会員  
募集中!!



### 申込方法

裏面の二次元コードまたは申込書へ記入後FAXにてお申込みください。

申込は  
こちら  
から⇒

FAX: 099-255-6361 ※下記に記入し送付ください

<https://www.kaigo-center.or.jp/shibu/kagoshima/>

上記URL（ホームページ）をクリック、「セミナー・講習会を探す」から  
申込フォーム入力にてお申込みください



スマホからは左  
記二次元コード  
を読み取り、  
テーマのフォー  
ム入力により申  
込みください

R7.8.27（水） R7.12.23（水） **STによる介護職員向け研修 受講申込書**

- 手順1. 上記の二次元バーコードもしくは申込書に必要事項をすべてご記入のうえFAXにてお申込みください。  
 手順2. 申込書受理後当センター所定の「請求書兼払込取扱票」を記載の住所へお送りします。  
**お手元に届きましたら、お早めに受講料の振込をお願い致します。（振込手数料はご負担願います。）**  
**入金確認順に、受講決定となります。（領収証は振込票をもって代えさせていただきます。）**  
 手順3. 受講決定後、**受講決定通知書をメールにて送付しますので、ご確認ください。**  
 ※開催日から14日前以降のキャンセル申し出は、原則受講料等の返還はできません。ご了承ください。  
 ※セット価格でお申込みの場合は、8月12日以降のキャンセルの申し出については、原則受講料等の返還はできません。ご了承ください。  
 ※受講申込者が定員に満たない等の理由により、中止する場合がございます。その際は、早急にご連絡し受講料等を返還させていただきます。  
 （払いただいた際の振込手数料等は除きます。）  
 ※本申込書に記載分について、一通の「請求書兼払込取扱票」を発行いたします。その他のご要望がある場合は当センターへご一報ください。

賛助会員確認欄→

(該当項目に○を付けて下さい)

**賛助会員 / 非会員**

受講料@ \_\_\_\_\_ × 延べ \_\_\_\_\_ 人 合計 \_\_\_\_\_ 円

研修番号

①8月27日（水）摂食嚥下の  
メカニズムと口腔ケア

②12月23日（水）コミュニケーション  
障害の種類と意思疎通の手段について

①②  
セットでお申込み

研修会番号 (該当箇所に チェック回し てください)	受講形態 (どちらかに ○をしてください)	受講者氏名	介護関係取得資格等 (該当するものがあれば○をしてください)
<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ①②セット	会場/WEB	(ふりがな)	初任者研修・介護職員基礎研修・実務者研修・介護福祉士・社会福祉士・訪問介護1級2級・看護師・准看護師・介護支援専門員 経験年数 ( 年)
<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ①②セット	会場/WEB	(ふりがな)	初任者研修・介護職員基礎研修・実務者研修・介護福祉士・社会福祉士・訪問介護1級2級・看護師・准看護師・介護支援専門員 経験年数 ( 年)
<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ①②セット	会場/WEB	(ふりがな)	初任者研修・介護職員基礎研修・実務者研修・介護福祉士・社会福祉士・訪問介護1級2級・看護師・准看護師・介護支援専門員 経験年数 ( 年)

☆「請求書兼払込取扱票」の希望送付先：どちらかに○をしてください。→ 勤務先 または ご自宅

☆ ご希望の送付先の住所・連絡先・メールアドレスを記載してください。

所在地	〒 _____ ー _____	
法人 ・事業所名	【ご担当 ー】	
連絡先	(TEL) _____	(FAX) _____
E-mail	※受講決定通知書はメールにて送付します。必ずメールアドレスの記載をお願いします。 @ _____	
Web受講希望時の 同意事項	本セミナーリーフレット等に記載の「Webセミナー受講における禁止事項及び注意事項」及び「留意事項」に同意しますか。(同意する場合は、右欄にチェックをお願いします。)	<input type="checkbox"/> 同意する

<Webセミナー受講における禁止事項及び注意事項> ※お申込みの際は必ずご確認、ご同意をお願いします。

◆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こと。  
 ●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および資料の無断複写や転用、転載等。

◆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でご負担ください。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セミナー視聴の際、PCウイルス感染した場合、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ください。  
 ●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、有料でお申込みいただいた受講者の方には、お振込額を返金いたします。  
 その際の返金に係る振込手数料は当センターにて負担いたします。

受付印  
※センター使用欄

◎受講者の個人情報（氏名・住所・電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認、新規講座等のご案内の範囲で利用させていただきます。  
 ◎ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。  
 ◎上記につきまして不都合な点がございましたら、お手数ですが、支部担当者までお申し出ください。  
 【個人情報に関するお問合せ先】公益財団法人 介護労働安定センター鹿児島支部 電話099-255-6360

※センター使用欄 受付番号 \_\_\_\_\_ 入金日 / 2025 \_\_\_\_\_ 46 \_\_\_\_\_ 0000