



スポンジブラシを
体験してみよう！

介護現場における

口腔ケア



- ・口腔ケアの意義と効果
- ・経口摂取できる方、できない方への口腔ケア
- ・口腔ケア用品と正しい使用方法
- ・人手不足、業務多忙の中で効果的にケアを行うには 等

★昨年受講した方の感想★

- …口腔ケアの正しいやり方を実際に体験しながら行ったのがとても良かった
- …ケア一つひとつの根拠をおはなしいただき、実務で適当に教わったことの間違いが分かった
- …資料もお話もリアルタイムの内容で非常に参考になりました
- …次回も期待しています 等

日 時：令和6年8月29日(木) 13:30～15:30

受講料：賛助会員：2,200円（税込）

— 一般：3,100円（税込）

会 場：新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター 大研修室

新潟市中央区清五郎67-12 デンカビッグスワン内

定 員：50名 ※お申込みが少ない場合は開催を中止することがあります



好評につき今年も
やります！
対面式講習！

講師：高橋 忍 氏

社会医療法人 新潟臨港病院 歯科口腔外科 主任
病棟専属歯科衛生士



短大研究室、クリニック勤務を経て、介護労働安定センター新潟支部にて介護労働講習を受講、高齢者等の知識を修得し、現在の職場に入職。在宅医療チーム歯科衛生士として地域の高齢者等の口腔ケアを担当。

現在、病棟専属歯科衛生士として入院患者への口腔ケア、指導等に携わる。

お申込み



公益財団法人 介護労働安定センター 新潟支部

お問合せ

〒950-0916 新潟市中央区米山2-4-1 木山第3ビル 6F

TEL：025-247-1963 FAX：025-247-1964

E-mail：niigata@kaigo-center.or.jp

URL：https://www.kaigo-center.or.jp/





センター受付	
--------	--

	令和6年度 短期専門講習 受講申込書 兼 受理通知書 令和6年8月29日(木)【介護現場における 口腔ケア】高橋 忍 講師		
◆事業所申込み	賛助会員の有無 会員・非会員		
事業所名			
事業所住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
受講者名	氏 名	センター記入受付No.	センター記入受講料

注※ ① 4名様以上のお申込みは本紙をコピーしてご使用下さい。 ② 修了証は発行いたしませんのでご了承願います。

◆個人でお申込み	勤務先名		
氏 名	※メールで連絡を希望される方 E-mail 外* 以		
住 所	〒 賛助会員の有無 会員・非会員		
電話番号		FAX 番号	センター記入受付No.

【 受講申込み手順 】 お申込み前に必ず下記内容をご確認ください

【 手順1 】 受講申込書の送付

受講申込書に必要事項をご記入の上、FAX または郵送願います。ホームページ、メールからも申込みが可能です。
受講申込書を受理後、受付番号を記載し「受理通知書」を返信いたします。(送付された本用紙が受理通知書になります)

【 手順2 】 受講料の振込み

講習 1 ヶ月前頃に当センター所定の「請求書兼払込取扱票」を送付しますので、2 週間以内に振込みをお願いします。
お振込みいただいた時点で「受講申込み」が完了となります。

【 手順3 】 決定通知書の送付

「受講決定通知書」及び「受講票」を、開催日 7 日前頃に郵送いたします。受講当日にご持参ください。

※※※留意事項※※※

- 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振込の控え(払込取扱票)をもって領収書に代えさせていただきます。
- ③お振込みが確認できない時はキャンセル扱いになる場合があります。キャンセルする場合は必ず事前にご連絡ください。
- ④お振込みいただいた受講料は、講習開講日から起算して 14 日前(8月15日)以降は原則として返金いたしませんので予めご了承下さい。
- ⑤本講習が定員に満たないなど当センターの都合で講習を中止する場合は、電話等でご連絡の上、お振込み金額を返還します。(この場合の振込手数料は当センターが負担します)

※※※個人情報について※※※

当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書の内容は厳重に管理し、当センターの事業のご案内に使用すること以外はご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません。