

令和 8年 1月 5日

県民の皆様
研修会連絡担当者様

公益社団法人 埼玉県介護老人保健施設協会
看護関係職員研修
担当理事 小川 越史

令和7年度 看護関係職員研修会の開催について（ご案内）

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。看護関係職員研修では、下記の通り研修会を開催いたします。この機会に是非ご参加ください。

記

1. 日 時 令和 8年 2月 13日(金) 10:00～15:00
2. 場 所 埼玉県県民活動総合センター 第2会議室
〒362-0812 埼玉県北足立郡伊奈町宿台6丁目26
3. 内 容 「摂食嚥下障害看護」について 午前：講義 午後：グループワーク
4. 講 師 彩の国東大宮メディカルセンター
摂食・嚥下障害看護 認定看護師 岩河 優子 氏
5. 募集人数 50名
6. 対 象 者 どなたでも参加できます。
7. 参 加 費 無料
8. 申込方法 参加をご希望される方は必要事項を記入の上 FAX にてご送付下さい。
9. 申込〆切 令和 8年 1月 29日(木)
10. 持 参 物 グループワークの際に使用いたしますので、ご自身で召し上がることのできるゼリーやプリンと飲み物、それを摂取するスプーン(コンビニ等で入手できるプラスチック仕様も可)を2本、またご所持の方は聴診器(ステート)をお持ちください。

※1. お申込みいただき、こちらからのご連絡がなければご参加いただけます。

※2. 感染症流行期のため、体調が思わしくない場合の参加はお控えください。

※3. 本研修会は修了証明書や参加証明書等の発行は一切行っておりません。

※4. 感染症流行にて研修が中止になる可能性もあります。予めご了承下さい。

問合せ先：医療法人社団明雄会 介護老人保健施設エスポワール秩父

担 当：看護課 関根 Tel：0494-22-7026 Mail：esp.ccb.a.sekine@gmail.com

※ お問い合わせにつきましては、業務の都合上不在な場合が多いため、なるべく上記のメールアドレスにてお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

----- 切り離さず、このまま送信下さい。 -----

「摂食嚥下障害看護」研修会参加申込書 申込 FAX 番号：0494-22-7006

施設名： 連絡担当者：

TEL： FAX：

参加者氏名（ふりがな）	職 種	老健経験年数	参加区分
		年 ヶ月	協会会員・一般
		年 ヶ月	協会会員・一般
		年 ヶ月	協会会員・一般

※当日の遅刻・欠席連絡は不要です。