

平成28年1月吉日

会員ならびに関係各位

岐阜県嚥下障害研究会  
会 長 豊島 義哉

## 岐阜県嚥下障害研究会 研修会（小児領域）のお知らせ

平成27年度第6回研修会（通算第47回小児領域研修会）を下記のとおり開催します。万障お繰り合わせの上、ご参加ください。

なお、皆様の職場などにて興味のある方々にご紹介いただければ幸いです。

記

日 時：平成28年3月12日（土）9:30～16:30

会 場：岐阜県立岐阜希望が丘特別支援学校 1階 自立活動室・他  
岐阜市則武1816-1（県立岐阜商業高等学校の東隣り）

講 師：社会福祉法人小羊学園 重症心身障害児施設 つばさ静岡  
小児科医師 浅野 一恵 氏  
管理栄養士 府川 恭子氏  
調理師 鈴木 崇之 氏

テーマ：「重度障害児者への食事支援と食形態を考える  
～つばさ静岡の実践から学ぶ～」

日 程： 9:20～ 受付  
9:55～10:00 オリエンテーション  
10:00～12:00 〔講義〕  
12:00～13:15 昼休憩  
13:15～16:00 〔調理演習（途中休憩15分）〕  
16:00～16:15 事務連絡、研修会終了 ※一部内容・時間の変更が生じることがあります

参加費：岐阜県嚥下障害研究会 会員 3,500円、非会員 4,000円

定 員：50名（定員になり次第、参加受け付けは終了とします。）

締切日：平成28年2月26日（金）必着（早めの申込みをお勧めします！）

### 【申込み方法】

1) ◎官製往復はがきにて申し込む場合

官製往復はがきを1枚準備の上、  
下欄の要領で末尾シールを貼付しご投函ください。

〔往信用はがき〕 表面 ⇒ 「宛名シール」をコピーして貼付  
裏面 ⇒ 「参加申込みシール」をコピーして貼付／シール内に必要事項を記入  
〔返信用はがき〕 表面 ⇒ 返信先（あなた）の宛て名を必ず記入  
裏面 ⇒ 白紙

本施設は重症心身障害児者の摂食嚥下障害に対してチームアプローチを実践され、注目されています。食形態においても「まとまりペースト食」など、食べやすい食形態を研究・開発されています。今回の講師、浅野一恵先生はそのリーダーとしてご活躍されておられます。  
なお、今回の主な研修内容としては、①つばさ静岡での摂食嚥下障害への取り組み、②重症心身障害児者の摂食支援の考え方、③「まとまりペースト食」などの食べやすい食形態に関する調理法について演習を含め紹介していただきます。

① **ブログから申し込む場合**〔検索 ▶ **岐阜県嚙下障害研究会 研修会(小児領域)お知らせブログ**〕

- ① 「研修会（小児 通算 第47回）のお知らせ」記事の左下 **拍手** ボタンをクリック
- ② **名前欄**に 代表者の氏名と「研修会（第47回）申込み」を入力、**本文欄**に 代表者のPCメールアドレス（必記！）、勤務先名、連絡先（自宅 or 勤務先）の〒・住所・☎&FAX、参加者全員の 氏名・職種・種別（会員 or 非会員）・参加予定（全日 or AM or PM）を記入
- ③ **プレビュー** ボタンで 記載フォームを確認後、**投稿** ボタンをクリック！（以上にて完了）

2) 締切日以降に「参加申込み受理の通知」を返信いたします。

通知はがき または 通知メールが届いたら、記載文に従い 期日までに指定のゆうちょ銀行の口座に参加費をお振込みください。

※複数連名にて一括納入される場合は、申込み時と同じ代表者ならびに人数で 全員の氏名を通信欄に記入ください。（オンライン振込みの際は、全員の氏(名)をキー入力してください。）

3) 郵便振替の控え（振込み受領証）をもって 参加証としますので、大切に保管してください。当日控えをご持参の上、受付で提示願います。

【お願い】

- ・参加費の振込みは通知が到着後、速やかにお願いいたします。
- ・参加お申込み後のキャンセルは、準備の都合がありますので必ずご連絡下さい。
- ・ご入金後のキャンセルについては 払戻しはいたしません。あしからずご了承願います。

なお、代理者の参加は認めますので、その際は事前にご連絡ください。

— お問い合わせ先 —

岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 児童発達支援センターきらり 担当（田本）まで  
 〒502-0931 岐阜市則武 1816-1 E-mail : t-world@qc.commufa.jp  
 F A X : 058-233-7123（電話でのお問合せはお断りします）

【宛名シール】

【参加申込みシール】

〒502-0931

岐阜市則武井一八一六の一  
 岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター  
 児童発達支援センターきらり  
 岐阜県嚙下障害研究会  
 第47回 小児領域研修会 担当者（田本）宛

岐阜県嚙下障害研究会 第47回 小児領域研修会 参加申込み票

\*種別の欄は いずれかを○でお囲みください。

|     | 氏名 | 職種 | 種別     | 参加予定         |
|-----|----|----|--------|--------------|
| 代表  |    |    | 会員 非会員 | 全日 午前のみ 午後のみ |
| 連名者 |    |    | 会員 非会員 | 全日 午前のみ 午後のみ |
|     |    |    | 会員 非会員 | 全日 午前のみ 午後のみ |
|     |    |    | 会員 非会員 | 全日 午前のみ 午後のみ |
|     |    |    | 会員 非会員 | 全日 午前のみ 午後のみ |

代表者 勤務先 \_\_\_\_\_ 希望連絡先（勤務先 自宅）

連絡先 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_（FAX 携帯）\_\_\_\_\_

Eメール \_\_\_\_\_

\*返信用はがきの表面にも、住所・氏名を忘れずにご記入ください！