

# 平成22年度リハビリテーション従事者研修会 ステップアップコース<トランスファー> 開催要領

- 1) 目的：リハビリテーション従事者研修会の基礎コースで学んだ内容をさらに発展させ、より専門的なリハビリテーション技術を日常業務に応用できる従事者を育成する。
- 2) 方針： 基礎コースから発展した応用コース  
医学的根拠に基づくリスク管理  
日常業務の中ですぐに使える実技習熟を重視
- 3) 対象者：過去にリハビリ従事者研修会ベーシックコース又はステップアップコースを受講した者
- 4) 受講定員：30名
- 5) 日時及び場所：平成23年3月5日(土) 13:00～16:00  
舞鶴赤十字病院 2階会議室
- 6) 内容及び講師：
  - 1 講義「トランスファー介助方法の選択のポイント」  
講師 舞鶴赤十字病院 リハビリテーション課長 小幡彰一 理学療法士
  - 2 実技「トランスファーの実際」  
講師 舞鶴赤十字病院 小幡彰一 理学療法士、竹内良子 理学療法士  
市立福知山市民病院 倉橋宏明 理学療法士、岡田裕介 理学療法士
- 7) 申込み方法：別紙申込書により平成23年2月18日(金)までに各保健所担当あて
- 8) 受講者の決定  
申込み者が受講定員を上回った場合は、各保健所所管地域、同法人での受講人数、受講目標、過去の研修の受講状況等を参考に決定する。出席できない方のみ2月25日までに連絡する。
- 9) 準備するもの：運動できる服装、お茶
- 10) 注意：当研修会はステップアップコースです。該当者が欠席の場合に同施設よりの代替えの受講者の受け入れはできません。

\* なお、研修当日急な連絡がありましたら、中丹東保健所まで御連絡ください。

宛先 京都府中丹東保健所保健室健康支援担当  
 (FAX番号: 0773-76-7746) 極山 行

## 平成22年度リハビリテーション従事者研修会 ステップアップコース<トランスファー>申込書

所属名	
種別 ( をつけてください。 )	居宅支援事業所 ・ 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 通所介護 ・ 通所リハビリ ・ 介護老人福祉施設介 護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ その他 ( )
担当者名	
連絡先	
	FAX:
	e-mail:

受講希望者1名につき、1枚御記入ください。全ての項目に記載をしてください。

フリガナ				職種	看護職    介護職 ケアマネジャー その他 ( )
氏名					
過去の リハビリ テーション 従事者研修 受講歴	*受講したものに をつけてください。				
	年度	ベーシックコース			ステップアップコース
		1回	2回	3回	
有・無	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
過去にトランスファーのステップアップコースに参加したことがありますか？ ( ある    ない )					
受講動機や 学びたいこ と					
(必ず本人が記入してください。)					

