

会員および関係各位

第22回 摂食嚥下リハビリテーション講習会 初級課程

岐阜県嚥下障害研究会
会長 豊島義哉

皆様におかれましては日々臨床・業務に奮闘されていることと存じます。
さて、摂食嚥下障がい児者の支援に携わる方を対象に「摂食嚥下リハビリテーション講習会 初級課程」を下記の通り開催いたします。今回は、演習で誤嚥性肺炎予防を目的に歌（音楽）を介しての発声発語練習の紹介を予定しています。
業務多忙とは存じますがご参加下さいますようお願いいたします。

記

日 時 : 令和元年8月18日(日) 受 付 9:00 ~
講 義 9:30 ~ 12:30
昼 食 12:30 ~ 13:30
昼食は各自でご準備ください
講義・演習 13:30 ~ 16:10

場 所 : タウンホールとみか 2階 小ホール
〒501-3305 加茂郡富加町滝田 1555

締め切り : 令和元年8月9日(金) (定員になり次第、締め切らせて頂きます)

定 員 : 50名

内 容 : 講義および演習
1. 摂食嚥下のメカニズム
2. 摂食嚥下障がい者の加齢による影響
3. 摂食嚥下障がいの評価
4. 間接訓練、直接訓練
5. 小児の摂食嚥下障がい(発達と支援)
6. リスク管理: 低栄養、脱水(血液生化学データでの数値)
7. 歌(音楽)を介しての発声発語練習
8. 口腔ケア など

講 師 : 加藤 孝憲 土岐市立総合病院リハビリテーション部 主任
(言語聴覚士・研究会副会長)
柴田 一浩 岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 作業・言語療法係長
(言語聴覚士・研究会 理事)
川口 千治 朝日大学医科歯科医療センター 歯科衛生士長
(歯科衛生士・研究会 理事)
豊島 義哉 国立病院機構 東名古屋病院 リハビリテーション部 総括療法士長
(言語聴覚士・研究会会長)

参加費：会員 2,000円 非会員 3,000円

申込み方法：

1) 「FAX」、「メール」、「官製往復はがき」または「封書」、にてお申し込みください。

〔往信用はがき〕 表面 → 「宛名シール」をコピーして貼付
裏面 → 「参加申込シール」をコピーして貼付
必要事項を記入して下さい
〔返信用はがき〕 表面 → 返信先（あなた）の宛名を記入
裏面 → 白紙

2) こちらから「受講可否についての通知」を返信致します。「受講許可書」が届いた方は、記載文に従い 期日までに指定の郵便口座へ参加費をお振込み下さい。

お願い：・参加費の振込みは、期日厳守でお願い致します。
・参加申し込みのキャンセルは、準備の都合上 必ずご連絡下さい。
・ご入金後のキャンセルについては、参加費の払い戻しは致しません。
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下さい。

— お申し込み・お問い合わせ先 —
〒505-0301 岐阜県加茂郡八百津町八百津 1286-7
岐阜県嚙下障害研究会 初級課程係
FAX (0574) 43-1320
メール gifukenenengesyougaikenkyukai@yahoo.co.jp
*お電話での問い合わせは、ご遠慮願います。

【宛名シール】

【参加申し込みシール】

〒505-0301 加茂郡八百津町八百津 1286-7 岐阜県嚙下障害研究会 初級課程係	令和 元年 月 日
	第22回 摂食・嚙下リハビリテーション講習会 初級課程 参加申込書
	1. 氏名 _____ 職種 _____ 勤務先 _____ <input type="checkbox"/> 会員(会員番号) _____ <input type="checkbox"/> 非会員 *会員の方は、個人宛の案内封筒のラベルに会員番号が記載されています
	2. 連絡先(自宅・勤務先) 〒 _____ 住所 _____ TEL _____ FAX _____