

第1回 介護セミナー

気温が高くなり、脱水症状や水分補給について気を付けなければならない季節となります。それに伴いまして、脱水症状の観察ポイント等に関しまして介護セミナーを開催いたします。皆さまのお申込みお待ちしております。

● 主 催 一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

● 会 場 鹿児島県社会福祉センター7階 第3会議室

● 日 時 平成27年7月12日（日） 10:00～12:00（受付9:30から）

● 内 容 脱水症状の観察ポイント、効果的な水分補給の方法について

講 師 鹿児島医療技術専門学校 専任教員

池田 加奈子 氏

● 参加費 介護福祉士会 会員・・・1,500 円

賛助会員・団体・・・・ 2,000 円

一 般・・・・・・・・ 3,000 円

※ 当日徴収いたします。

※ 賛助会員・団体の方は、必ず会員証をご提示ください。

※ 日本介護福祉士会発行の研修受講券使用可能です。申込用紙に使用の有無をご記載ください。

● お申込方法 裏面お申込み用紙にご記入いただき、FAX または郵送にてお申込みください。

● 定 員 40 名（先着順となります。）

※ ただし、10 名に満たない場合は非開講となる場合もございます。
ご了承ください。

● そ の 他 (1) 定員を超過された方のみご連絡いたします。連絡がない場合は、そのまま会場へお越しください。
(2) 駐車場の台数には限りがございます。駐車場がない場合は、お近くの有料駐車場をご利用ください。

平成 27 年 7 月 12 日（日）開催

第 1 回 介護セミナー 申込書

ふりがな	
お 名 前	
携 帯 電 話	
ふりがな	
お 名 前	
携 帯 電 話	
勤 務 先	
所 在 地	〒 TEL : FAX :
介護福祉士会	1. 介護福祉士会 会員 2. 賛助会員・団体 3. 一 般 (介護福祉士資格登録と介護福祉士会 会員は異なります。)
日本介護福祉士会発行 研修受講券の使用	1. 研修受講券を_____円分使用する。 2. 使用しない。 (日本介護福祉士会発行の研修受講券をお持ちの方のみ)
定員超過等の連絡先	1. ご本人 2. 勤 務 先 3. 勤務先ご担当者 () 様

お申込先：一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

FAX：099-299-1888（送信票不要）

郵送の場合：〒890-8517 鹿児島市鴨池新町 1-7 県社会福祉センター4 階

お問合せ先：一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会 事務局
TEL：099-206-3050
E-mail：jaccw46@po5.synapse.ne.jp