

各 施 設 長 殿

心身障害児総合医療療育センター
所長 北 住 映 二 (公印省略)

第 21 回 給食関係職員 講習会 開催について

標記の講習会を下記により開催しますので、ご案内いたします。

別紙要綱を御覧の上、栄養士及び調理師等で受講希望者がおられましたら、ご推薦いただけますようお願いいたします。

記

1. 目 的 本講習会は、医療型障害児入所施設、療養介護施設、医療型児童発達支援センター等に勤務する栄養士及び調理師等を対象に実施することとし、障害児(者)に対する栄養指導・調理技術及び給食内容の向上を図ることを目的とする。
2. 講習期間 平成 29 年 2 月 2 日 (木) ～ 2 月 4 日 (土)
3. 講習場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
4. 定 員 40 名 (1 施設 2 名まで)
5. 受講資格 医療型障害児入所施設、療養介護施設、医療型児童発達支援センター等に勤務する栄養士・調理師等
6. 受講費 18,600 円
7. 添付書類 ① 講習会要綱 別紙 (1)
② 講習会科目 別紙 (2)
③ 受講申込書 別紙 (3)
8. 申込方法 受講申込書を平成 29 年 1 月 4 日 (水) までに FAX または郵送で送付
(先着順に受付、定員になり次第締切)
送付先：〒173-0037 東京都板橋区小茂根 1-1-10
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
FAX 03-3959-7648
9. お問合せ 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
電話 03-5965-1136 (直通), FAX 03-3959-7648 (直通)

別紙（1）

第21回 給食関係職員 講習会 要綱

1. 講習期間 平成29年2月2日（木）8：50 ～ 2月4日（土）12：00（予定）
2. 講習場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
住所：〒173-0037 東京都板橋区小茂根1-1-10
交通：東京メトロ有楽町線・副都心線「小竹向原駅」3番出口より徒歩10分。
所要時間の目安は羽田空港からは120分、東京駅から60分。
尚、車、バイクでの通講はご遠慮ください。
3. 定 員 40名
4. 講習内容 講習科目、講師名等は 別紙（2）のとおり
5. 経 費 1) 受講費 18,600円（消費税1,377円を含む）
2) 宿泊費 1泊 3,564円（消費税 264円を含む）
締切後に送付する「受講承諾書」の合計金額をお振り込みいただきます。
振込手数料（返金の場合も）の負担は参加者（施設）負担とします。
キャンセル（変更）の場合の返金について
1月31日（火）までの申し出は返金します。以後は返金しません。
6. 宿 泊
研修所の宿泊室はツインルームで17室、計34名が定員です。宿泊を希望される場合は
申込書の欄に記入して下さい（講習会最終日の宿泊はできません）。
7. 食 事
昼食は、受付時に弁当の注文をお受けします（1食440円）。
宿泊に関する食事への対応はしておりませんので各自で用意して下さい。ある程度の自炊可
能な設備（冷蔵庫・電子レンジ・クッキングヒーター・湯茶等）はあります。
8. その他
 - 1) 期間中を通して受講出来ること、また、受講に際して健康上支障のないこと。
 - 2) 講習会初日2月2日（木）の受付は8時20分より8時50分まで。なお、宿泊さ
れる方で、前日2月3日（水）に来所の方は16時～17時までに到着して下さい。
17時より宿泊・施設使用に関しての説明をいたします。
（時間内にお越し頂けないと宿泊できない場合がございます）
 - 3) 宿泊者携行品：健康保険証、洗面具、タオル、寝衣、スリッパ、ティッシュ。
（石鹸、シャンプー、ドライヤー、目覚まし時計、洗濯機、乾燥機あり）
 - 4) お分かりにならない事は、下記にお問い合わせ下さい。
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
電話 03-5965-1136（直通）、FAX 03-3959-7648（直通）

第 21 回 給食関係職員 講習会 日程表

平成 29 年 2 月 2 日(木)～2 月 4 日(土)

	午 前	午 後
2/2 (木)	<p>8：50～9：00 オリエンテーション</p> <p>9：00～10：00 (1) 障害児者に望まれる給食とは 心身障害児総合医療療育センター むらさき愛育園 小児科医長 高橋 長久</p> <p>10：10～12：10 (2) 形ある食事を長く楽しめる取り組み 埼玉県立嵐山郷 管理栄養士 後藤 薫</p>	<p>13：00～15：00 (2) 感染予防 － 施設内感染をおこさないために－ 東京医療保健大学大学院 医療保健研究科 感染制御学 教授 菅原 えりさ</p> <p>15：15～16：45 (1.5) 「管理栄養士・栄養士」 医療型障害児入所施設での 経管栄養管理の実践 東京小児療育病院・みどり愛育園 元栄養科長 大塚 周二 「調理師」 討議・情報交換 心身障害児総合医療療育センター 調理主任 加藤 公一</p> <p>17：00～18：30 懇親会 (希望参加)</p>
2/3 (金)	<p>9：00～11：00 (2) 重症障害児者へのNST の意義 島田療育センター 栄養管理部 NST 室 室長 小林 弘治</p> <p>11：15～12：15 (1) 食品と医薬品の相互作用について 新渡戸文化短期大学 生活学科 教授 加藤 久宣</p>	<p>13：00～17：00 (4) 障害を持った人に楽しい食事時間を 提供するために つばさ静岡 医務部長 浅野 一恵 調理師 鈴木 崇之</p>
2/4 (土)	<p>9：00～12：00 (3) 障害児者における摂食指導の意義 心身障害児総合医療療育センター 歯科医師 尾本 和彦</p> <p>12：00 修了</p>	

療 育 研 修 所
第 21 回 給食関係職員 講習会
受 講 申 込 書

ふりがな 1. 氏 名	S ・ H	年 月 日生,	才 男 ・ 女
〒 2. 現住所	TEL 携帯		
3. 職種	職位	現在の職場での経験年数 () 年	
4. 配慮の必要性「車椅子使用」等			
5. 研修所宿泊の希望 (1 部屋 2 名で使用) A) 研修所宿泊希望する 2 月 日 から 2 月 4 日 12 時 30 分まで () 泊 B) 研修所宿泊希望しない (通講、個人で用意する事を含む)			
6. 今回の講習会参加にあたっての貴方の課題 (プログラムも参考にご記入下さい。名簿に掲載します。)			
7. これまでに当療育研修所の講習会に参加したことがありますか あり・なし あるときは、その講習会名「 () 年度」 講習会名「 () 年度」			
8. 懇親会 (情報交換) 初日終了後会費 2,000 円 () 参加・ () 不参加			
9. 領収書の宛名 (無記入は施設名で用意します)			請求書 要 ・ 不要

上記の者を受講させたく申し込みます
平成 年 月 日

〒
施設住所

電話番号
Fax 番号

施設名

施設長名

印

心身障害児総合医療療育センター
所長 北住 映二 殿

(研修所記入) 受付日 _____ 受付順位 _____