

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 4 回 重症心身障がい児・者に関わる薬剤師講習会 開催について

標記の講習会を下記により開催いたしますので、ご案内いたします。
医療型障害児入所施設、療養介護施設および関連機関の薬剤師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、重症心身障がい児・者に関わる薬剤師に対し、必要な知識の向上と相互の情報交換を図ることを目的とする。
2. 講習期間 平成 29 年 4 月 15 日 (土) ～ 4 月 16 日 (日)
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、療養介護施設ならびに保険薬局等に勤務する薬剤師
6. 受講費 13,400 円
7. 添付書類 ① 講習会要綱 別紙 (1)
② 講習科目 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 3 月 23 日 (木) 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 (直通)
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)

第4回 重症心身障がい児・者に関わる薬剤師講習会 要綱

1. 講習期間 平成29年4月15日(土) ～ 平成29年4月16日(日)
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、東京駅からは60分。
尚、車 バイクでの通講はご遠慮下さい。
3. 定員 40名(1施設2名まで)
4. 講習内容 講習会の内容・日程は 別紙(2)のとおり
5. 経費 1) 受講費 13,400円(消費税 992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
4月13日(木)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(各部屋には風呂・トイレはありません)。なお、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(土曜日のみ注文可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4月15日(土)の受付は9時00分より10時00分まで。なお、宿泊される方で、前日4月14日(金)に来所の方は16時～17時までに到着して下さい。受付、および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(石鹸、シャンプー、ドライヤー、ティッシュ、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
TEL 03-5965-1136(直通), FAX 03-3959-7648(直通)

別紙 (2)

第4回 重症心身障がい児・者に関わる薬剤師講習会 日程表

平成29年4月15日(土)～16日(日)

日時	午 前	午 後
4/15 (土)	<p>10:00～10:20 オリエンテーション・開講式</p> <p>10:30～12:00(1.5) 障害児者の摂食嚥下リハビリテーション概論 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>障害児・者医療における 他職種連携を考える</p> <p>13:00～14:30(1.5) 心身障害児総合医療療育センター 看護・指導部長 大久保 嘉子</p> <p>14:40～16:10(1.5) 訪問看護ステーションけやき 作業療法士 野口 和則</p> <p>16:20～17:50(1.5) 心身障害児総合医療療育センター 言語聴覚士 柄田祈久子</p> <p>18:00～ 懇親会(希望参加)</p>
4/16 (日)	<p>9:30～11:00(1.5) てんかんの薬物治療 - 考え方と新薬の重要性- 東京慈恵会医科大学小児科学 助教 日暮 憲道</p> <p>11:10～12:40(1.5) 重症心身障害児(者)の栄養管理について - 経管栄養管理の実践- 東京小児療育病院 元栄養科長 大塚 周二</p>	<p>13:30～15:00(1.5) 重症心身障害児者の医療と 生活援助で求められていること ベルテさかい センター長 児玉 和夫</p> <p>15:10～16:30(1.5) 障害児・者と薬剤師「過去・現在・未来」 希望の家療育病院 薬剤科 相田 文彦</p> <p>16:30～ 修了式</p>

別紙 (3)

療育研修所

第4回 重症心身障がい児・者に関わる薬剤師 講習会

受講申込書

ふりがな	
1. 氏名	S・H 年 月 日生 才男・女
〒	TEL
2. 現住所	宿泊者：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 4月 日 から 4月16日 17時00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 (初日講義終了後 会費は1,500円) ()参加 ()不参加	
9. 請求書・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 _____