

平成 23 年 8 月 26 日

院長様，施設長様，看(介)護部長，栄養部長様

長崎県佐世保市江迎町長坂 180-9

TEL0956-65-2101

嚥下障害支援サイト SWALLOW

代 表 山部 一実

「嚥下障害へのアプローチ アドバンスセミナー in 福岡 2011」
の開催について（開催案内）

「摂食・嚥下コーディネーター認定セミナー」

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

「嚥下障害支援サイト swallow」では毎年福岡で嚥下セミナーを開催しておりますが、今年度も標記のように企画しております。このアドバンス編は、これまで臨牀現場で嚥下障害患者さんへのアプローチにおいて経験を積まれた方の更なるスキルアップを図る内容となっております。特に物理療法（電気治療）については我が国のセミナーでは数少ない講義内容です。

院長様，施設長様，看介護部長様におかれましては，関係職員の皆さま方への周知につきましてご配慮賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 開催日時 「嚥下障害へのアプローチ アドバンスセミナー in 福岡 2011」
平成 23 年 12 月 25 日(日) (10:00~16:30)
2. 会 場 福岡センタービル (10F)
福岡市博多区博多駅前 2-2-1
3. 主 催 嚥下障害支援サイト swallow
4. 内 容 「嚥下障害へのアプローチ アドバンスセミナー」
10:00~11:00 嚥下障害患者への新たな口腔ケアの提案(岩井富美子)
11:05~12:00 嚥下内視鏡検査、嚥下造影の見方(実技を含む)(村田和弘)
12:00~13:00 昼食
13:00~14:30 物理療法と嚥下治療(北裏真己)
14:45~16:00 症例に基づく嚥下訓練計画の立て方(山部一実)
5. 参加者 看護・リハビリテーション・栄養・介護関係者のかたを対象(100名予定)
6. 受講料 8,000円 (ただし、摂食・嚥下コーディネーターの方は6000円)
*「摂食・嚥下コーディネーター」とは、長崎嚥下リハビリテーション研究会認定の資格を有する方です。
7. 連絡先 嚥下障害支援サイト Swallow (セミナー担当:岩井)

<http://www.swallow-web.com/>

《申し込み・問い合わせ先》

お申込みは、メールか、FAXでお願いします。

住所：長崎県佐世保市江迎町長坂 180-9 山部歯科医院（担当：岩井）

TEL：0956-65-2101 Fax：03-6893-8826

Mail to : yamabe@swallow-web.com

平成 23 年 8 月 26 日

院長様，施設長様，看(介)護部長，栄養部長様

長崎県佐世保市江迎町長坂 180-9

Tel.0956-65-2101

嚥下障害支援サイト SWALLOW

代 表 山部 一実

「嚥下障害へのアプローチ in 福岡（基礎編）」
の開催について（開催案内）

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

「嚥下障害支援サイト swallow」では毎年福岡で嚥下セミナーを開催しておりますが、今年度も標記のように企画しております。この基礎編は嚥下障害患者さんのアプローチを基礎から学びたいとお考えの皆様最適と存じます。

院長様，施設長様，看介護部長様におかれましては，関係職員の皆さま方への周知につきましてご配慮賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 開催日時 「嚥下障害へのアプローチ in 福岡（基礎編）」
平成 23 年 11 月 13 日(日) (10:00~16:30)
2. 会 場 福岡センタービル (10F)
福岡市博多区博多駅前 2-2-1
3. 主 催 嚥下障害支援サイト swallow
4. 内 容 「嚥下障害へのアプローチ in 福岡（基礎編）」
10:00~11:00 嚥下障害の基礎(実習を行いながら嚥下のメカニズムを理解)
11:05~12:00 演習に基づく嚥下障害の評価の進め方(実習)
12:30~13:30 昼食
13:30~14:30 嚥下障害患者さんへの口腔ケア
14:45~16:00 嚥下障害患者さんへの食事介助の留意点
5. 参加者 看護・リハビリテーション・栄養・介護関係者のかたを対象(100名予定)
6. 受講料 6,000円 (調理実習用材料費を含む)
7. 連絡先 嚥下障害支援サイト Swallow (セミナー担当:岩井)

<http://www.swallow-web.com/>

《申し込み・問い合わせ先》

お申込みは，メールか，FAXでお願いします。

住所：長崎県佐世保市江迎町長坂 180-9 山部歯科医院（担当：岩井）

Tel：0956-65-2101 Fax：03-6893-8826

Mail to：yamabe@swallow-web.com

F A X : 03-6893-8826

『嚙下障害へのアプローチ in 福岡』

参加申込書

() 基礎編(11/13)・() アドバンスセミナー(12/25) (ご希望のコースに○印をお付け下さい)			
氏名	受講票を送付する際の代表者の方です。		
ふりがな			
勤務先			
職種			
受講票送付先住所	〒 (自宅 ・ 職場) 該当する方に○をお願いします。		
TEL		FAX	
E-Mail			
同一施設から複数受講される場合は、下の欄を利用して下さい。(ご氏名と職種をご記入下さい) 代表者のかたも受講される際には再掲して下さい。			
	お名前	職種	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

