

アドバンスコースは  
基礎実習コース  
受講者のみ  
対象となります

日本摂食支援協会主催 (会員限定)

# 摂食支援 アドバンスコース

拝啓 貴院におかれましては益々ご隆盛のこととお慶び申し上げます。

アドバンスコース開催のお知らせです。

日本摂食支援協会の会員の皆様に置かれましては、摂食支援の理解を深め、実践へと段階を進めていらっしゃると思います。今までは、食べ物を使用しない間接訓練まででしたが、次の段階はいよいよ、実際に施設・在宅の利用者様に食べ物を食べさせる直接訓練へと進みます。直接、食事の介助となりますので、誤嚥性肺炎や窒息のリスクを伴いますので、事故が起こらないように行う必要があります。

アドバンスコースは、東京(立川)でご開業の山下美登先生、山崎淳史先生のご指導で関連施設の利用者様をお願いして行います。いよいよ最終段階となります。定員が限られますのでお早目のお申し込みをお願いいたします。

2020年

<日 程> ・ 4月25日(土)～ 4月26日(日) ・ 7月11日(土)～ 7月12日(日)

・ 10月24日(土)～ 10月25日(日) ・ 12月5日(土)～ 12月6日(日)

<時 間> (1日目) 14:00～20:00 (2日目) 9:00～15:00

<会 場> 東京立川市 (立川駅近く)



<受講料> 500,000円(税別)で2名参加可能です。※同一歯科医院に勤務している事が条件となります。  
※追加受講：1名につき20,000円(税別)で見学主体となります。  
※1歯科医院最大参加人数：3名  
※歯科医師と歯科衛生士での参加を推奨しています。

<申 込> 下記にご記入の上、FAX: 03-6869-3588にてお申込み下さい。

※時間は上記の予定ですが、飛行機や新幹線等による遅れや早上がりは柔軟に対応します。

<備 考>

※最小挙行歯科医院数は、5歯科医院となります。(原則各歯科医院2名参加)

※挙行歯科医院数に達しない場合、中止になる事があります事を予めご了承ください。

※受講料は事前振込のみとなります。開催約2ヶ月前になりましたら詳細をお送りいたします。

摂食支援アドバンスコースお申込書 ※太枠内をご記入上、FAXにてお申込みください

受講 希望日	(第1希望) _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 (第2希望) _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
医院名	(※参加予定人数: _____ 名) tel _____
住 所	〒 _____ fax _____

※災害や講師急病等やむを得ない事情で中止となった場合、参加費の全額返還、もしくは次回開催に振替させていただきます。但し中止によって生じた、旅費、宿泊費や届出の遅れによる逸失利益など、参加者各位の損害については補償できません。ご同意の上お申込ください。

※事務局記入欄 会員No. ( \_\_\_\_\_ ) (※基礎実習コース受講  ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 受付

第1希望にて予約済  第2希望にて予約済  希望日満席の為予約不可→※再度受講希望日をご連絡下さい

