

第1号様式（第4条関係）

地域ガエルのお出かけ講座事業申込書

(あて先) 京都市地域リハビリテーション推進センター 所長

		申込日	年	月	日		
団体名及び 代表者氏名							
連絡先 (申込者)	氏名						
	住所						
	電話番号 (携帯)	— (— —)	FAX 番号	—			
	Eメールアドレス						
希望日時 ＊出講者の他の用 務等によりご希望 に添えない場合が ありますのでご了 承ください。	第1希望	月	日()	時	分～時	分	
	第2希望	月	日()	時	分～時	分	
	第3希望	月	日()	時	分～時	分	
会場 (京都市内におい てご用意くださ い。)	会場名				TEL		
	所在地	京都市 区					
参加予定人数	人						
希望テーマ (希望するテーマ の番号に1つ〇を つけてください。)	① 支援者の腰痛予防～腰痛の基礎知識と健康管理（セルフケア）について～ ② 支援者の腰痛予防～福祉用具を用いた持ち上げない介助方法について（実習）～ ③ 支援者の腰痛予防～介助における身体の使い方や姿勢の工夫について～ ④ 車椅子の移動介助の基本（実習）～段差やスロープでの介助方法～ ⑤ 高齢者の身体機能維持のポイント ⑥ 障害者の身体機能低下とその対処法について ⑦ 食事を安全にとるために（摂食・嚥下について） ⑧ 失語症の方とのコミュニケーション方法について ⑨ 身体障害のある方の特性とその配慮について ⑩ 高次脳機能障害について～発症からのステップ（社会参加に向けて）～ ⑪ 高次脳機能障害について～注意障害・記憶障害・遂行機能障害について～ ⑫ 高次脳機能障害について～社会的行動障害について～ ⑬ 高次脳機能障害について～その症状と対応について～ ⑭ 高次脳機能障害のある方の就労に必要なこと ⑮ 高次脳機能障害者支援センターでの相談支援について						

- * 「地域ガエルのお出かけ講座」は、ご希望のテーマに基づき職員が説明を行い、質疑応答を通して地域リハビリテーションのより一層の推進や高次脳機能障害のある方への支援の拡大を目的に開催するものです。苦情や要望、個別の相談をお聞きする場ではありませんので、その旨、参加者の皆様への周知をお願い致します。
- * 講義内容の詳細につきましては、ご希望があればご相談ください。
- * 今回の講座の内容に関して、個別に相談を希望する案件がある場合は、日を改めて地域リハビリテーション推進センターの相談事業として対応させていただきます。
- * 講座の開催日につきましては、原則として、月曜日から金曜日まで（祝日・年末年始を除く）の午前9時から午後5時までお願いしております。