

FAX 第1回 認知症ケア研修会のご案内

発信先： 高齢者部門, リハビリテーション部門, 看護部門, 介護部門 担当者様

発信元： 西九州大学 リハビリテーション学部
作業療法学専攻 上城 研究室

FAX 番号：0952-51-4481 電話番号：0952-37-9320

e-mail：kami jouk0703@yahoo.co.jp

佐賀県作業療法士会, 西九州大学主催

拝啓

陽春の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。以下の要綱で第1回目の研修会を開催いたします。

今回は昨年度実施した認知症カフェの実践報告と認知症カフェマニュアルをご紹介します。これまでとは会場が異なりますのでご注意ください。

万障お繰り合わせの上ご参加くださいますよう謹んでご案内申し上げます。

敬具

記

日 時：平成30年4月23日（月）19：00～20：30（質疑応答含む）

テーマ：地域で行う認知症予防～ 認知症カフェの取り組み ～

講師：上城 憲司（西九州大学 作業療法学専攻）

会 場：佐賀メディカルセンター（好生館跡地）

（住所：佐賀県佐賀市水ヶ江1丁目12-10 TEL：0952-20-6249）

参加費：500円

対 象：リハ職に限らず介護職・ケアマネージャーの方など幅広く参加できます。

申し込み：ホームページ (<http://k-club.eco.to/dementia/index.html>) ・Fax ・
メール にて申込みください。

締め切り：平成30年4月20日（金）



F A X 送付のご案内

送付先： 西九州大学 リハビリテーション学部
作業療法学専攻 上城 研究室 行き

FAX 番号：0952-51-4481

住 所：〒842-8585 佐賀県神埼市神埼町尾崎 4490-9

Web サイト：<http://www.nisikyu-u.ac.jp/>

発信元

施設名：_____

連絡先 FAX 番号：_____ 電話番号：_____

件 名：認知症ケアに携わる者のリハビリテーション研修会のご案内の件
送付枚数（送付状を含む）：1

参加者氏名	職種	参加者氏名	職種
1.		7.	
2.		8.	
3.		9.	
4.		10.	
5.		11.	
6.		12.	

佐賀メディカルセンター（好生館跡地）



住所：佐賀県佐賀市水ヶ江1丁目12-10

TEL：0952-20-6249