

令和4年度岩手県リハビリテーション専門職 介護予防従事者研修会 開催要領

1 目的

市町村の介護予防事業等地域リハビリテーション活動を推進するため、リハビリテーション専門職（「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」をいう。以下同じ。）が介護予防活動に参画するための知識や技術の習得を図るとともに、介護予防事業を主催する市町村担当職員との情報共有等を図ることにより、今後の市町村の地域包括ケアシステムの一層の深化・推進を目的として開催する。

2 主催

岩手県(運営:公益財団法人いきいき岩手支援財団)

3 協力

公益財団法人いわてリハビリテーションセンター、一般社団法人岩手県理学療法士会、一般社団法人岩手県作業療法士会、岩手県言語聴覚士会

4 対象者

リハビリテーション専門職の資格を有している者、市町村及び地域包括支援センターの介護予防事業担当職員など

5 日程

令和4年10月29日(土) 10時00分から16時00分まで

6 開催方法

オンライン開催(Web会議システム「Zoom」使用)

7 内容

別添日程表のとおり(内容は主に初任者等若手職員を想定しています)

8 定員及び受講料

定員:50名(定員となり次第締切します。)

受講料:無料

9 申し込み等

別紙1申込用紙に必要事項を記入の上、令和4年10月14日(金)までに当財団担当者あてメール(m-kudo@silverz.or.jp)にてお申し込みください。

※申込用紙の様式は当財団高齢者総合支援センターのホームページにも掲載します。

10 問合せ先

(公財)いきいき岩手支援財団

高齢者総合支援センター 担当:工藤雅志

TEL:019-625-7490 FAX:019-625-7494

E-mail: m-kudo@silverz.or.jp

令和 4 年度岩手県リハビリテーション専門職
介護予防従事者研修会 申込書

所属先の 所在市町村名			
所属施設 (所属部署) 名		TEL	
		Fax	
参加者	職 名		
	氏 名		
	メール アドレス		
職 種 (該当番号に○印)		1 理学療法士	3 言語聴覚士
		2 作業療法士	4 市町村等職員
市町村の 介護予防事業 (該当番号に○印)		1 参加したことがある	2 参加したことがない

※ 必要事項を御記入のうえ、令和 4 年 10 月 14 日 (金) までに申込み願います。

開催の 1 週間前頃にメールアドレスあてに Zoom ミーティングの ID、留意事項、資料等を送りますのでメールアドレスは正確に記載してください。

なお、メール連絡できない場合のために TEL・FAX 番号を記入願います。

本様式 (Word ファイル) は当財団高齢者総合支援センターのホームページに掲載しますのでご利用ください。

〔担当・問合せ先〕

(公財) いきいき岩手支援財団
工藤 雅志
◇電 話 : 019-625-7490
◇FAX : 019-625-7494
◇E-mail : m-kudo@silverz.or.jp