

令和7年度 認知症に関する研修会（介護①・介護②）

認知症医療センター（国立病院機構大牟田病院）は、下記の内容にて認知症に関する研修会を開催することといたします。参加者の皆様が日常業務へ活用していただける機会になれば幸いです。今年度の認知症研修会①・②は、関連した内容になります。可能であれば2回ともご参加して頂ければ、より深く学習できると思います。1回だけの参加でも可能です。ご参加をお待ちしております。

認知症研修会（介護①）

日時：6月17日（火） 17：30～18：30（受付17：20～）

内容：『その人らしく生きるための意思決定支援（仮）』

講師：国立病院機構大牟田病院 慢性疾患看護専門看護師 田中 亜由美 先生

認知症研修会（介護②）

日時：6月26日（木） 17：30～18：30（受付17：20～）

内容：『認知症高齢者と家族等のための意思決定支援（仮）』

講師：国立病院機構大牟田病院 認知症看護認定看護師 緒方 由美 先生

認知症研修会（介護①・②）とも

対象：地域包括支援センター、介護サービス事業所、病院など、認知症の方のケアに従事している方や認知症関連の行政職の方等

場所：柳川総合保健福祉センター「水の郷」2階 視聴覚室

参加費：無料

定員：各50名 *お申込み先着順、定員に達し次第、締切らせていただきます。

申込締切：①6月11日（水）まで

②6月20日（木）まで

申込方法：FAX かメールで申込み下さい。

*研修に関する問い合わせ先は、当センターへお願いいたします。

研修会場には、直接お問い合わせしないようお願いいたします。

*参加申込多数で調整する場合は、こちらからご連絡させていただきます。

こちらから連絡がない場合は、参加可能とご理解ください。

<お問い合わせ先・お申込み先>

福岡県認知症医療センター（国立病院機構 大牟田病院） 担当：三池

TEL&FAX：0944-58-7265 Mail：604-Ninti@mail.hosp.go.jp

※電話がつながりにくい時は、大牟田病院（0944-58-1122）へお電話下さい

送信票

*送信案内は不要です

送 信 先	福岡県認知症医療センター（国立病院機構大牟田病院） 宛
	FAX：0944-58-7265
	Mail：604-Ninti@mail.hosp.go.jp

認知症 研修会（介護①・②）参加申込書

申込締切：①6/11・②6/20まで

.....
<所属施設>

施設名： _____ 電話番号： _____ 担当者： _____

参加される（①・②）にチェックと参加される方のお名前等をご記入下さい。

参加日（開催日）	施設名	氏 名	職 種	経験年数
<input type="checkbox"/> ①（6/17） <input type="checkbox"/> ②（6/26）				
<input type="checkbox"/> ①（6/17） <input type="checkbox"/> ②（6/26）				
<input type="checkbox"/> ①（6/17） <input type="checkbox"/> ②（6/26）				
<input type="checkbox"/> ①（6/17） <input type="checkbox"/> ②（6/26）				
<input type="checkbox"/> ①（6/17） <input type="checkbox"/> ②（6/26）				

*研修に関する問い合わせ先は、当センターへお願いいたします。研修会場には、直接お問い合わせしないようお願いいたします。

*参加申込多数で調整する場合は、こちらからご連絡させていただきます。こちらから連絡がない場合は、参加可能とご理解ください。

◆お問合せ先◆

福岡県認知症医療センター（国立病院機構大牟田病院） 担当：三池
TEL&FAX：0944-58-7265
Mail：604-Ninti@mail.hosp.go.jp
*大牟田病院 代表（TEL：0944-58-1122）