

平成 29 年度 大阪市介護相談研修 フォローアップ講座

今回のフォローアップ講座は、これまでの大阪市介護相談研修の既受講者や地域で福祉活動に取り組まれている方々を対象に、高齢者支援活動の中で生じる課題の解決の一助となる講座です。今後の地域福祉活動に役立つ学びの機会にもなります。

◆内 容 学習者参加型のグループワーク形式で行います

	日 時	内 容	講 師
第 1 回	平成 29 年 11 月 28 日 (火) 午後 2 時～4 時 30 分	災害時の要援護者支援について	追手門学院大学准教授 古川 隆司
第 2 回	平成 29 年 12 月 5 日 (火) 午後 2 時～4 時 30 分	高齢者支援のために カウンセリングを学ぶ	立命館大学准教授 安田 裕子
第 3 回	平成 30 年 1 月 11 日 (木) 午後 2 時～4 時 30 分	高齢者支援のために コミュニケーション技法を学ぶ	大阪保健医療大学准教授 橋本 卓也

◆対 象 今年度までの大阪市介護相談研修の受講者や市内の各地区・校下などの地域で福祉活動に取り組まれている方が対象です。

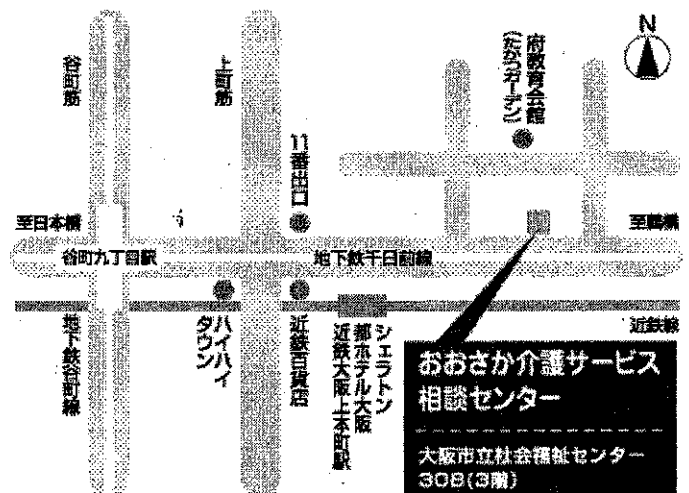
◆定 員 各回 50 人 (先着順)

◆場 所 大阪市社会福祉センター 1 階会議室
最寄駅:地下鉄「谷町 9 丁目」10 分
(近鉄 11 号出口を東へ)

◆受講料 無料

◆主 催 大阪市社会福祉協議会
(おおさか介護サービス相談センター)
大阪市福祉局

◆申込み 11 月 14 日 (火) までに
裏面の申込書で、FAX によりお申込みください。
※お申込みの方には、開講 1 週間前に、ご案内状をお送りいたします。



■お申込みFAX番号 06-6766-3822 おおさか介護サービス相談センター あて
 ※番号のお間違いがないようご注意ください

平成29年度 大阪市介護相談研修 - フォローアップ講座 -
 参加申込み書 平成29年 月 日

(ふりがな)	男 ・ 女	TEL
氏名		FAX
住所 〒 _____ 区 _____ (小学校下名 _____)		
全講座ご参加の場合、✓を入れて、お申込みください <input type="checkbox"/> 第1回～第3回の全講座		
参加される講座が限られるときは、講座回に✓を入れて、お申込みください <input type="checkbox"/> 第1回【平成29年11月28日(火)】 <input type="checkbox"/> 第2回【平成29年12月5日(火)】 <input type="checkbox"/> 第3回【平成30年1月11日(木)】		
地域活動での所属団体がある方は○をお付けください <input type="checkbox"/> 民生児童委員 <input type="checkbox"/> 町会 <input type="checkbox"/> 女性会 <input type="checkbox"/> 上記以外 (_____)		
備考 (車いす使用の方、手話通訳、拡大文字資料が必要な方など、研修受講にあたって配慮すべき事情がある場合は、その旨ご記入ください)		

*このデータは、本研修の目的のみに使用します。