

第17回コンチネンス中級セミナー参加者募集

～新しい排泄ケアの考えに基づく実践コース～

1)日時:2015年1月11(日)・12(月・祝)9:30～17:10(9時受付開始)

(1月11日(日)午後6時から懇親会を予定)

2月7日(土)・8(日)9:30～17:10(9時受付開始)

*認定者講習会:2015年3月8日(日)13:30～16:30(認定者必修)

2)会場:パラマウントベッド株式会社(東京都江東区東砂2-14-5)

※会場は外出困難となります、お弁当を持参するか注文していただいた方が良いかと思ます。

※認定者講習会の会場は未定です。

3)受講料:33,000円

4)募集人数:先着49名まで(受講者が28名以下の場合、中止することがあります)。

5)申込締切:12月6日(7日に開催可否について判断をし、申込者に対して連絡いたします。)

(開催可否決定通知:12月13日までに通知予定)

受講条件:(1)日本コンチネンス協会正会員(個人)登録者

(2)コンチネンスメイト(コンチネンス初級セミナー修了者)

(3)排泄ケアの実務者(本人および家族以外のケアをしている人)

●事前課題の提出:開催決定後から12月20日(土)までの間に、協会本部宛に

提出していただきますので、事前に事例のご準備をお願い致します。

*事前課題は、PCメール添付にてお送りください。

メールアドレスは、受講申し込み後にお伝え致します。

*お送りいただいた事例は、返却いたしませんので、予めご了承ください。

●受講料の振込:開催決定後、12月26日(金)までにお振込ください。

開催決定後のキャンセルにつきましては、キャンセル料が発生いたします。

●申込み

下記申込み用紙内容にて、12月6日(土)までにFAXまたはE-mailでお送りください。

NPO 法人日本コンチネンス協会本部事務局

FAX:050-3488-1879 E-mail:t_chukyu2015@jcas.or.jp

●問い合わせ

FAX:050-3488-1879

《 第17回 コンチネンス中級セミナー申込み用紙 》

1. 氏名() 性別() 生年月日(19 年 月 日生)

2. 会員番号() 職種() 勤務先()

3. 自宅住所(〒)

4. TEL/FAX() E-mail()

5. 初級セミナー受講年(年) 受講地()

6. 懇親会出席希望(有・無) 2015年1月11日午後6時～8時予定

7. 昼食希望 1月11日(有・無) 12日(有・無) 2月7日(有・無) 8日(有・無)