

感染に関する研修会のご案内

今回はリクエストがあった義務化になっている「感染に関する研修会」です。

義務化により各所での指針策定や研修などで、ある程度の知識獲得や訓練等に取り組まれていると思いますが、今回はちょっと視点を変えた内容です。

『内側からの感染対策（免疫ケアや腸の視点）、発達障がい児への感染対策の工夫、嘔吐・下痢時の対応、保護者への伝え方やちょっとした声かけのヒント』といったポイントを、日々の支援に活かしていただけるよう企画しています。講師の専門分野である腸の働きや便秘への理解を深める視点も取り入れ、日々の支援や関わりの中で活かせる考え方を伝えていただきます。子どもへの対応だけでなく、私たち自身の日常にも活かせる内容となっています。

●日 時：令和 8 年 2 月 13 日（金）9：30～12：00

●対 象：障がい児福祉サービス事業所 職員

●参 加 費：会員事業所職員 1,000 円／1 人 非会員 3,000 円／1 人
※「研修修了証」を発行いたします

●会 場：まちなかコミュニティセンター 講座室 2

●定 員：25 名程度

●講 師：腸ケアサロン MāRU 松下 ^{ひろか}愛佳 氏
(看護師・腸ケアセラピスト・子どもの便秘アドバイザー・臨床栄養医学指導士)

●申込方法：裏面の申込用紙に記入の上、FAX または Email でお申込みください。

●申込締切：令和 8 年 2 月 7 日（土）17 時まで

●お問合せ：こどもふくし協議会 事務局（担当：本村）

電話 0956-55-7957（いろは） / Mail: kodomo.fukushi.k@gmail.com

こどもふくし協議会事務局 行
(放デイ クローバー 山田 宛)

FAX : 0956-55-1020

令和7年度 感染に関する研修会 参加申し込み

事業所名 : _____

※法人名ではなく、障がい児通所支援事業所名をお書きください

事業所種別 : 児発 ・ 放デイ ・ 多機能型 ()

※いずれかに○をつけてください

代表(担当)者氏名 : _____

連絡先 : 電話 _____

メールアドレス _____

No.	ふりがな 参加者氏名	勤務職種／年数 (例:保育士／2年目)	備 考
①			
②			
備 考	講師に聞きたいことなどありましたらお書きください。		