

北多摩北部保健医療圏 薫風会山田病院

地域拠点型認知症疾患医療センター

令和4年度 看護師認知症対応力向上研修 I

オンライン  
開催

北多摩北部保健医療圏 薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センターでは東京都より『看護師認知症対応力向上研修』を受託し、認知症医療に関わる医療機関等の看護師の方が、在宅から入院・退院後の在宅生活まで視野にいれた認知症ケアについての知識を学ぶことで、認知症の方が医療を受けることと、その人らしい生活が送れることを支援するため、地域の医療機関等の看護師の方を対象に研修を実施致します。

日時：オンライン講義・演習（Zoomライブ配信）

令和 4年 7月 27日（水） 10:00～16:10

※今年度は、講義・演習ともにライブ配信で行います！

講師：認知症看護認定看護師 田村 智美  
他 認知症看護認定看護師 数名

対象：北多摩北部保健医療圏内の医療機関等に勤務する看護師  
※令和3年度までに「東京都看護師認知症対応力向上研修」又は「東

京  
都看護師認知症対応力向上研修 I」を修了した方は対象外となります。

定員：30名

受講料：無料

申込：裏面の申込用紙をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

令和4年6月30日（木）まで

●ご参加にはインターネット環境とZoomのダウンロードが必要です。

安心してご参加いただけるよう、ご希望の方にはオンライン（Zoom）の事前練習日を設けます。

お申し込み前に下記の受講環境が整っているかをご確認下さい。

インターネット環境

マイクとカメラが内蔵されたパソコン（外付けも可）

※パソコン、タブレット、スマートフォンのいずれも受講可能

※特にスマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨いたします。

尚、新型コロナウイルス感染症の拡大によって、延期または中止になる可能性がございます。延期および中止の場合は、当センターホームページに掲載します。ホームページをご覧になれない方は、当センターまでお問い合わせください。

■ お問い合わせ先：薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センター

042-461-0622（直通）



**薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センター**

**(Fax) 042-461-0626**

**令和4年度 看護師認知症対応力向上研修 I 受講申込書**

◆施設名
◆ご住所(修了証は所属施設宛に東京都より送付されます。資料の送付先が異なる場合は②にご記入ください。)
①所属施設 〒
②資料送付先 〒
◆当日連絡がとれる電話番号(オンライントラブル対応のため)
◆ご連絡担当者(申込者が複数の場合は、ご担当者の氏名・ご所属をご記入ください)

(ふりがな) 氏名	生年月日	職種 ○で囲んで下さい	役職	所属 ○で囲んで下さい	看護師 経験年数	認知症ケア に係る 業務年数	資格等 (看護・介護に関わる もの)
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			

**\* 令和4年6月30日(木)締切**

※受講決定の場合は、受講方法の詳細についての資料を送付致します。  
定員を超えた場合など受講できない場合も、ご連絡を致します。

※修了証の発行に必要な項目になりますので、もれなく記載をお願い致します。

**FAX送信先: 042-461-0626**

北多摩北部保健医療圏 薫風会山田病院

地域拠点型認知症疾患医療センター

令和4年度 看護師認知症対応力向上研修 I

オンライン  
開催

北多摩北部保健医療圏 薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センターでは東京都より『看護師認知症対応力向上研修』を受託し、認知症医療に関わる医療機関等の看護師の方が、在宅から入院・退院後の在宅生活まで視野にいれた認知症ケアについての知識を学ぶことで、認知症の方が医療を受けることと、その人らしい生活が送れることを支援するため、地域の医療機関等の看護師の方を対象に研修を実施致します。

日時： オンライン講義・演習（Zoomライブ配信）

令和 4年 9月 3日（土） 10:00～16:10

※今年度は、講義・演習ともにライブ配信で行います！

講師： 認知症看護認定看護師 田村 智美  
他 認知症看護認定看護師 数名

対象： 北多摩北部保健医療圏内の医療機関等に勤務する看護師  
※令和3年度までに「東京都看護師認知症対応力向上研修」又は「東

京  
都看護師認知症対応力向上研修 I」を修了した方は対象外となります。

定員： 30名

受講料： 無料

申込： 裏面の申込用紙をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

令和4年8月5日(金)まで

●ご参加にはインターネット環境とZoomのダウンロードが必要です。

安心してご参加いただけるよう、ご希望の方にはオンライン（Zoom）の事前練習日を設けます。

お申し込み前に下記の受講環境が整っているかをご確認下さい。

✓インターネット環境

✓マイクとカメラが内蔵されたパソコン（外付けも可）

※パソコン、タブレット、スマートフォンのいずれも受講可能

※特にスマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨いたします。

尚、新型コロナウイルス感染症の拡大によって、延期または中止になる可能性がございます。延期および中止の場合は、当センターホームページに掲載します。ホームページをご覧になれない方は、当センターまでお問い合わせください。

■ お問い合わせ先：薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センター

042-461-0622（直通）



**薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センター**

**(Fax) 042-461-0626**

**令和4年度 看護師認知症対応力向上研修 I 受講申込書**

◆施設名
◆ご住所(修了証は所属施設宛に東京都より送付されます。資料の送付先が異なる場合は②にご記入ください。)
①所属施設 〒
②資料送付先 〒
◆当日連絡がとれる電話番号(オンライントラブル対応のため)
◆ご連絡担当者(申込者が複数の場合は、ご担当者の氏名・ご所属をご記入ください)

(ふりがな) 氏名	生年月日	職種 ○で囲んで下さい	役職	所属 ○で囲んで下さい	看護師 経験年数	認知症ケア に係る 業務年数	資格等 (看護・介護に関わる もの)
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			

**\* 令和4年8月5日(金)締切**

※受講決定の場合は、受講方法の詳細についての資料を送付致します。  
定員を超えた場合など受講できない場合も、ご連絡を致します。

※修了証の発行に必要な項目になりますので、もれなく記載をお願い致します。

**FAX送信先: 042-461-0626**

北多摩北部保健医療圏 薫風会山田病院

地域拠点型認知症疾患医療センター

令和4年度 看護師認知症対応力向上研修 I

オンライン  
開催

北多摩北部保健医療圏 薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センターでは東京都より『看護師認知症対応力向上研修』を受託し、認知症医療に関わる医療機関等の看護師の方が、在宅から入院・退院後の在宅生活まで視野にいれた認知症ケアについての知識を学ぶことで、認知症の方が医療を受けることと、その人らしい生活が送れることを支援するため、地域の医療機関等の看護師の方を対象に研修を実施致します。

日時： オンライン講義・演習（Zoomライブ配信）

令和 4年 10月 26日（水） 10:00～16:10

※今年度は、講義・演習ともにライブ配信で行います！

講師： 認知症看護認定看護師 田村 智美  
他 認知症看護認定看護師 数名

対象： 北多摩北部保健医療圏内の医療機関等に勤務する看護師  
※令和3年度までに「東京都看護師認知症対応力向上研修」又は「東

京  
都看護師認知症対応力向上研修 I」を修了した方は対象外となります。

定員： 30名

受講料： 無料

申込： 裏面の申込用紙をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

令和4年9月30日（金）まで

●ご参加にはインターネット環境とZoomのダウンロードが必要です。

安心してご参加いただけるよう、ご希望の方にはオンライン（Zoom）の事前練習日を設けます。

お申し込み前に下記の受講環境が整っているかをご確認下さい。

インターネット環境

マイクとカメラが内蔵されたパソコン（外付けも可）

※パソコン、タブレット、スマートフォンのいずれも受講可能

※特にスマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨いたします。

尚、新型コロナウイルス感染症の拡大によって、延期または中止になる可能性がございます。延期および中止の場合は、当センターホームページに掲載します。ホームページをご覧になれない方は、当センターまでお問い合わせください。

■ お問い合わせ先：薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センター

042-461-0622（直通）



**薫風会山田病院 地域拠点型認知症疾患医療センター**

**(Fax) 042-461-0626**

**令和4年度 看護師認知症対応力向上研修 I 受講申込書**

◆施設名
◆ご住所(修了証は所属施設宛に東京都より送付されます。資料の送付先が異なる場合は②にご記入ください。)
①所属施設 〒
②資料送付先 〒
◆当日連絡がとれる電話番号(オンライントラブル対応のため)
◆ご連絡担当者(申込者が複数の場合は、ご担当者の氏名・ご所属をご記入ください)

(ふりがな) 氏名	生年月日	職種 ○で困んで下さい	役職	所属 ○で困んで下さい	看護師 経験年数	認知症ケア に係る 業務年数	資格等 (看護・介護に関わる もの)
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			
		看護師 准看護師		外来 病棟 その他			

**\* 令和4年9月30日(金)締切**

※受講決定の場合は、受講方法の詳細についての資料を送付致します。  
定員を超えた場合など受講できない場合も、ご連絡を致します。

※修了証の発行に必要な項目になりますので、もれなく記載をお願い致します。

**FAX送信先: 042-461-0626**