

令和4年7月吉日

正 会 員 各 位

(社)北海道老人保健施設協議会
会 長 星 野 豊

令和4年度（一社）北海道老人保健施設協議会 職員基礎研修会開催についてのご案内

盛夏の候、会員各位におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、標記研修会につきまして、下記日程にて開催いたしたくご案内申し上げます。また、本研修は新型コロナウイルス感染症対策のためオンライン研修とします。

今回は、老健入職後1～3年目の職員を対象とし、心身のサインから自らのメンタルヘルス不調に気づきセルフケアが出来るように、ストレスやメンタルヘルスについての正しい知識を身につけることを目的とします。職種の経験年数は問わず、老健に入職してから1～3年以内であれば参加可能です。複数名で視聴することに問題はありませんが、かならず入職1～3年以内の職員を受講代表者にしてください。

つきましては、貴施設職員の皆様のご参加に際しまして、特段のご配慮を賜われますようお願い申し上げます。

記

開催日時：令和4年8月20日（土） 10：00 から 2時間程度

対 象 者：会員施設入職後1～3年以内の職員 会員施設の同一法人であれば他の事業所職員も受講可能

講 師：札幌 CBT&EAP センター
公認心理師 中村 亨 先生

研修テーマ：「老健施設で働くためのメンタルヘルスケア」

《 プログラム 》

8/20(土)	内 容
9 : 5 0	開 会 挨 拶：一般社団法人 北海道老人保健施設協議会 副会長 谷内 好
1 0 : 0 0	研修講演 テーマ：「老健施設で働くためのメンタルヘルスケア」 講 師：札幌 CBT&EAP センター 公認心理師 中村 亨 先生
1 2 : 0 0	終了
1 2 : 0 5	閉 会 挨 拶：一般社団法人 北海道老人保健施設協議会 事務連副会長 志田原 実男

「研修会参加費及び申込要領」

◆ 参加費用

無 料

受講費・テキスト代含む。

◆ 参加申込要領

参加申込は、メールにて受付けます。別添1の「参加申込本文」以下の必要事項をメール本文に記入して、下記申込先にお送り下さい。締日厳守にてお願いいたします。

参加申込締日 令和4年8月12日（金）必着

【申込先】 (株)コンベンションワークス 担当：田畑

TEL(011)827-7745 FAX(011)827-7769

E-mail info-pop@doroken.jp

◆ 研修に参加される方へ

- ・オンライン研修ツールは、Zoomを使用します。
- ・参加申込確認後、Zoomインストール簡易マニュアルとID・パスワードを申し込んだメールアドレスに返信します。
- ・研修開始前までに、使用するPCへZoomをダウンロードしインストールしてください。
- ・9:30にZoomに参加できるようにします。
- ・アクセスは各施設複数可能ですが、申込時に申請したアクセス数を超えないようにしてください。
- ・研修参加時には、ID記入後必ず施設名も記載してください。
- ・一施設にて複数アクセスする場合は、施設名の後にアクセスしている方の名前を必ず記載してください。
- ・ハウリングを起こす可能性があるため、ミュート解除はしないでください。
- ・研修前にレジュメとアンケートを送付いたします。レジュメは、各施設にて印刷してください。
- ・聴講後は、必ずアンケートにご協力ください。
- ・アンケートは、各施設でとりまとめてメールにて返信してください。
- ・集計処理のため、アンケートは聴講者分のシートを増やしてExcelのまま返送してください。

別添 1

【参加申込メール件名】

「北海道老人保健施設協議会職員基礎研修会参加申込」施設名〇〇〇〇

【参加申込本文】

「北海道老人保健施設協議会令和4年度職員基礎研修会」に参加申込致しますので宜しくお願い致します。

以下、必要事項を記載致しますので、宜しくご査収お願い致します。

施設名：

申込人氏名（ふりがな）：

役職：

連絡先

Tel：

Fax：

E-mail：

アクセス予定数： 〇〇回線

① 受講者名・職種・老健経験年数：

② 受講者名・職種・老健経験年数：

③ 受講者名・職種・老健経験年数：