

令和2年12月吉日

関係各位

在宅医療トレーニングセンター

「在宅における高次脳機能障害のある方への支援に向けた研修会  
～高次脳機能障害の理解とその支援について～」のWebセミナー開催について

平素より本会活動につきましては、格別なご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さてこの度、Webセミナーを下記の日程で企画致しました。今回は、在宅における高次脳機能障害のある方の現状、疾患の理解や行動評価、ケアマネジメントにおける具体的な支援方法やサービスの活用法などを学んで頂き、当事者の支援をより充実させて頂くことを目的とした研修内容となっております。

つきましては、貴会からご参加を賜りたく、開催についてご高配賜ますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 開催日：令和3年2月15日（月） 14：00～15：20
2. 研修会名：在宅における高次脳機能障害のある方への支援に向けた研修会  
～高次脳機能障害の理解とその支援について～ Webセミナー
3. 講師：横浜鶴見リハビリテーション病院 言語聴覚士 清水宗平氏
4. 対象：在宅医療に従事する医療職・福祉職
5. 定員：先着 50名（定員になり次第締め切らせていただきます）  
\*必ず、お申込みを受理後に当センターから研修参加の可否をメールにてご連絡致します。メールがない場合は、お手数ですがご連絡下さい。また、キャンセルは必ずご連絡下さい。ご連絡がない場合は今後の研修をお受け頂けない場合もございますので、ご了承下さい。
6. 参加費：無料
7. Webセミナーに関して
  - ・参加者メールアドレスをご用意下さい。
  - ・PC、スマホ、タブレットなどで視聴いただけます。
  - ・受信機器1台につき1名でお申込ください。（視聴人数の制限はございません。）
  - ・ネット環境（通信料がかかるため、Wi-Fiや定額パケット環境での参加を強く推奨します）
8. 申込方法：申込専用フォームよりお申込みください  
\*フォームからの手続きができない場合は、メール [info@zaitaku-toresen.jp](mailto:info@zaitaku-toresen.jp)  
詳細は、別紙要領をご参照ください。
9. 主催：公益社団法人神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター

[担当]神奈川県医師会地域医療企画課 岩田 剛  
TEL045-453-8666 / FAX045-453-8704  
電子メール：[info@zaitaku-toresen.jp](mailto:info@zaitaku-toresen.jp)  
ホームページ：<http://zaitaku-toresen.jp/>

## 別紙 神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター 研修会申込要領

■ **研修会名** : 「在宅における高次脳機能障害のある方への支援に向けた研修会  
～高次脳機能障害の理解とその支援について～」 Web セミナー配信

■ **開催日** : 令和3年2月15日(月) 14:00～15:20

■ **ご準備いただくもの**

- ・参加者メールアドレス
- ・受講される端末 (パソコン ・ タブレット ・ スマートフォン など)
- ・イヤホン (任意)
- ・ネット環境 (通信料がかかるため、Wi-Fi や定額パケット環境での参加を強く推奨します。)

■ **申込にあたってのご確認、留意事項**

- ・受講される端末1台につき、1名1メールアドレスでお申込ください。  
(同じアドレスで複数名の申込は出来ません。)
- ・セミナーの録音・録画・スクリーンショット等、および資料の2次利用、詳細内容のSNS等への投稿は固くお断りいたします。
- ・受講者様のPC環境 (セキュリティ環境、性能 (CPU 等)、インターネット接続回線等) によっては、正常に受講いただけない場合があります。必ず、事前にご確認ください。

### 研修申込方法

◆ 申込専用フォーム (当センターホームページ、研修案内ページ内の申込フォーム) からお申し込みください。

<http://www.zaitaku-toresen.jp/guide.html>

◆ 申込送信後、自動返信メールが配信されます。(申込内容確認の返信です。)

自動返信メールが届かない場合は、

- ・入力されたメールアドレスに間違いがないか?
- ・迷惑メールフォルダー等に振り分けられてないか? のご確認をお願い致します。

◆ 申込フォームから手続きができない場合、メール [info@zaitaku-toresen.jp](mailto:info@zaitaku-toresen.jp) にて、下記事項を記載の上お申し込みください。

件名: 研修会名

本文: お名前 (ふりがな) ・ 所属機関名 ・ 所在市町村 ・ 電話番号 ・ 職種

◆ 受講可否確認

参加の可否を後日、メールにてご連絡いたします。

■ **問い合わせ先**

在宅医療トレーニングセンター TEL : 045-453-8666