

平成 30 年 10 月 2 日

施 設 長 様  
会 員 各 位

(一社) 神戸市介護老人保健施設協会  
会長 有本 雅子  
(公印省略)

栄養・調理部会  
平成 30 年度代表幹事 荒金 文美

平成 30 年度 栄養・調理部会 研修会の開催 (ご案内)

拝啓、時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。  
平素は神戸市介護老人保健施設協会 栄養・調理部会の運営に格別のご高配を賜り、  
厚くお礼申し上げます。  
さて、施設では褥瘡が発生してしまっている利用者の方もいらっしゃるかとおもいま  
す。その方々にどの段階でどのような栄養を補給することが最適かを学び、早く治癒  
できるよう支援することが大切だと考えました。  
そこで、今回はステージ別における栄養管理について学んでいただこうと思い勉強会  
を企画しました。  
つきましては、貴施設の管理栄養士の出席についてご配慮くださいますようお願い申  
し上げます。

敬具

記

- 1 : 日 時 : 平成 30 年 11 月 13 日 (火) 14 : 00~16 : 30 (受付 13 : 30~)
- 2 : 場 所 : 神戸市勤労会館  
神戸市中央区雲井通 5 丁目 1-2 (TEL : 078-232-1881)
- 3 : 内 容 : ①研修内容  
「褥瘡患者のステージ別における栄養管理について (仮)」  
株式会社 明治  
②グループワーク  
「新規加算の取り組みについて」
- 4 : 持 ち 物 : 筆記用具 新規加算に関して使用している様式 等
- 5 : 申し込み:別紙に記載し **10 月 26 日(金)**までに各ブロック幹事宛に FAX 送信して下さい。
- 6 : 個人情報 : お申し込みの個人情報は、当研修会関係以外の目的には使用いたしません。

以上

出欠に関わらず、必ず期日までに返信して下さい  
**【送信票不要】** 締切日：平成30年10月26日（金）必着

平成30年度 （一社）神戸市介護老人保健施設協会  
 栄養・調理部会 研修会（H30.11.13 実施分）申込み用紙

施設名		所在ブロック	A・B・C・D
送信者氏名			
連絡先(FAX)		送信月日	月 日
( ) 研修会に参加します。→下表に参加者氏名等を記入してください。 ( ) 研修会に参加しません。→後日資料等を送付しますので、宛名表に記入してください。			
参加者氏名			
役職	職種	氏名	
30年度介護報酬改定に伴い新たにできた加算を取られていますか？ ( YES ・ NO ) グループ分けの参考にしますので、回答をお願いします。 —返信先— 平成30年度 （一社）神戸市介護老人保健施設協会 栄養・調理部会 連絡網 各ブロック幹事宛 <u>Aブロック 青い空の郷 藤田 (FAX:986-1122) Bブロック ひらの 竹内 (FAX:963-2272)</u> <u>Cブロック ドリームヒルズ 滝山 半澤 (FAX:579-8955) Dブロック あずさ 重内 (FAX:412-0006)</u>			

欠席される方は下記に必ず記入して送信ください

(宛名表)



住所	〒	—
施設名		
氏名	様	