

令和2年9月吉日

関係各位

在宅医療トレーニングセンター

「医療・福祉機器の『ニガテ』意識がなくなるとケアはもっと良くなる」

Webセミナーの開催について

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、この度下記の日程でWebセミナーを開催させていただきます。医療・福祉機器を上手く使うことで利用者様の危険を事前に回避できたり、介護者にとっても負担を軽減したりします。今回はマットレスを中心にいくつかの機器を学ぶことで1. 褥瘡対策、2. 転倒・転落対策、3. 腰痛対策（移乗）の『ニガテ』意識をなくし現場でのより良いケアにつなげて頂く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、貴会会員へご周知いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

記

1. 研修会名：「医療・福祉機器の『ニガテ』意識がなくなるとケアはもっと良くなる」  
Webセミナー
2. 開催日：令和2年11月12日（木）14：00～15：30
3. 講師：株式会社モルテンより派遣
4. 対象：在宅医療に関わる医療職・福祉職
5. 定員：先着90名  
\*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。
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。  
※(株)モルテンから参加者様方に zoom の URL 等をご案内します  
※ドメイン設定されている場合は【@molten.co.jp】の受信設定をお願いします
9. 共催：株式会社モルテン  
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** : 「医療・福祉機器の『二ガテ』意識がなくなると  
ケアはもっと良くなる」WEB セミナー
- **開催日** : 令和2年 11月 12日 (木) 14:00~15:30
- **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