

# オンライン会議で多職種連携を図る！ 1から学ぶ 初級編 zoomの使い方研修

コロナ禍となり、zoomなどのサービスを利用したオンライン会議が活用されるようになりました。この研修では、オンライン会議やオンライン研修の基本的な仕組みやマナーを学び、研修中に実際にzoomを体験します。研修受講後に不安なく業務でzoom会議等に参加でき、多職種連携を図っていくことを目的としています。

※受講者はノートパソコンまたはタブレットをご持参いただきます。

- ◆日時 令和4年 2月 4日(金) 9:30~11:30
- ◆会場 総合研修センター 2階 研修室  
住所：川崎区日進町5-1 川崎市複合福祉センターふくふく2階  
(JR川崎駅より徒歩10分。詳細は裏面参照。)
- ◆講師 総合研修センター職員
- ◆受講料 2,000円 (研修当日、受付にて徴収します)
- ◆対象者 市内在住もしくは在勤で、高齢分野または障害分野、児童分野等の福祉施設・事業所にお勤めの方
- ◆定員 40名 (定員を超えた場合は抽選といたします。)
- ◆持ち物 ① ノートパソコンまたはタブレット  
② ヘッドセットまたはイヤホン(ヘッドセット推奨。裏面に写真掲載)
- ◆申込方法 下記URLまたはQRコードの専用申込フォームより申込み  
申込用URL・・・<https://forms.gle/zG8mwZmXTyFAvutq9>
- ◆申込期限 令和4年1月12日(水) 17時まで

※受講の可否に関わらず、結果は1月21日(金)までに郵送で通知いたします。

## 申込み・お問合せ

社会福祉法人 川崎市社会福祉協議会 総合研修センター  
〒210-0024 川崎市川崎区日進町 5-1  
川崎市複合福祉センターふくふく2階  
TEL 044-223-6509 FAX 044-223-6598

## 申込用QRコード



## 【ヘッドセット写真】 ※参考

・ご持参いただくノートパソコンまたはタブレットに使用可能なヘッドセットをお持ちください。

ご持参いただけない方はイヤホンをお持ちください。

※オンライン会議での音声の重要性を実感するために、ヘッドセットを推奨します。



写真のヘッドセットは参考です。

## 【会場地図】



**住所** 〒210-0024 川崎市川崎区日進町5-1

**交通** J R 「川崎」 駅より徒歩10分  
京急 「八丁畷」 駅より徒歩8分

# 食事と栄養研修

～口から食べることをチームで支える～

『食事をする』それは大切な楽しみの1つです。  
味わいながら会話を楽しみ、生活のリズムや季節を感じ、必要な栄養を取り入れることがとても重要です。  
しかし、噛み砕く力や飲み込む力が弱くなると、安全に口から食事が出来なくなることがあります。

本研修では、口から噛んで食べること（経口摂取）の意義、誤嚥性肺炎予防と口腔ケアについてご講義いただきます。  
栄養や食事支援の面からも『食事』を楽しく安全に摂ることが出来るよう考え、理解を深めていきましょう。



日時：令和4年1月18日（火）13：30～16：30

会場：総合研修センター 2階 研修室

講師：川崎医療生活協同組合 介護老人保健施設 樹の丘  
（川崎市地域リハビリテーション支援拠点）

作業療法士 村越 妙美 氏

受講料：2,000円

対象者：市内在住または在勤で、福祉施設・事業所等にお勤めの方

定員：50名（先着順）

申込方法：①裏面の申込用紙に必要事項を記入し、下記へFAXまたは郵送にてお申込み  
②下記のQRコード（Google フォーム）にてお申込み

<https://forms.gle/tH7HoafHAvx7xLXVA>

募集期間：令和3年11月17日（水）～令和3年12月17日（金）

※ 12月24日（金）を過ぎても通知が届かない場合は、下記へご連絡ください。

## 【お申込み・お問い合わせ】

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会 総合研修センター  
〒210-0024 川崎市川崎区日進町5-1  
川崎複合福祉センター（ふくふく）2階

TEL：044-223-6509

FAX：044-223-6598

開所：火～土 9：00～17：00

（日・月・祝祭日・年末年始を除く）



申込用QRコード



F A X送信先	総合研修センター 研修担当 宛
F A X 番号	0 4 4 - 2 2 3 - 6 5 9 8 募集期間 11月17日(水)～12月17日(金)

【研 修 申 込 書】

食事と栄養研修 ～口から食べることをチームで支える～

所属種別 ※該当するものを○で 囲んでください	高 齢 ・ 障 害 ・ 児 童	
フリガナ		年 齢
氏 名		
メールアドレス		
勤務先名称		
領収書宛名	※受講料と引き換えにお渡しする領収書の宛名となりますので、正確にご記入ください。	
通知文送付先	〒 自宅 ・ 勤務先 (どちらか○をつけてください)	
連絡先電話	— — 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先	
申込者情報 ※それぞれの項目について、チェックしてください。		
勤務先種別	① 入所 ② 通所 ③ 訪問 ④ 居宅介護 ⑤ 地域包括 ⑥ 小規模 ⑦ その他	
職 種	① 介護職 ② 相談援助職 ③ 看護職 ④ 管理職 ⑤ 事務職 ⑥ ケアマネ ⑦ 保育士	
従事経験年数	① 6ヶ月未満 ② 6ヶ月～1年 ③ 1年～3年 ④ 3年～5年 ⑤ 5年以上	
資 格	①あり ②なし <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修（ヘルパー2級） <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
事前アンケート ※ご協力のほどお願いいたします。	・ 今回の研修で知りたいこと	

\* 個人情報の保護について  
当研修の申込みに関して事務局が知り得た住所・電話番号等の個人情報は、適切な研修事業の運営のために活用いたします。