

- 在宅医療に携わるすべての方に -
日々のケアのヒントになる情報が満載

在宅人工呼吸器 に関する講習会

本講習会の受講で取得できるポイント
・3学会合同呼吸療法認定士更新 25点
・MDIC更新 10ポイント

詳しくは
ホームページで!



主催 公益財団法人医療機器センター
実習協力 一般社団法人日本医療機器工業会
(ハズオン)

開催地	東京	大阪
日程等	平成31年2月26日(火) 大田区産業プラザPiO	平成31年3月12日(火) 大阪国際会議場
締切日	平成31年2月12日(火)	平成31年2月27日(水)
※各会場定員200名 受講料10,000円 (消費税含む)		

講義 / 最新の情報でスキルアップ!

- ・在宅人工呼吸
-わが国の現状、どうしてNPPV症例数が増えているの?-
石原 英樹 先生
(医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院)
- ・呼吸器疾患、その他のHMV
特に非侵襲的人工換気法について
-NPPV療法とは? その効果は?-
坪井 知正 先生
(独立行政法人国立病院機構 南京都病院)
- ・小児のHMV
-世界中で全年齢で小児の長期NPPVが増加/各国の呼吸ケアガイドライン-
石川 悠加 先生
(独立行政法人国立病院機構 八雲病院)
- ・ALS患者に対する在宅人工呼吸療法
-音楽療法をご存知ですか? 最高のQOL-
近藤 清彦 先生
(社会医療法人財団慈泉会 相澤病院・相澤東病院)
- ・HMV療養者の立場から
-ご家族の立場から、在宅介護の取り組み、思いがわかります-
青木 良浩 先生
(日本ALS協会 理事・東京都支部事務局長)
- ・HMV療養者への訪問看護
-生命を支える看護・生活を支える看護・その人らしさを支える看護-
中山 優季 先生
(公益財団法人 東京都医学総合研究所)

ハズオン (実習) / 毎年大好評! 実際に機械の装着が体験出来ます。

NPPV、TPPV、カフ・アシスト、関連機器の構造、使用法、保守点検等



昨年のハズオンの
様子はホームページ
でご覧いただけます。



講師陣とのQ&Aタイム / 日頃の悩みを解決!

受講者の皆様からの質問に回答するコーナーです。

お申込み及び受講に関する問い合わせ先 問合せ受付時間 午前10時~12時 午後1時~5時



公益財団法人

医療機器センター 医療研修部

〒113-0033 東京都文京区本郷1-28-34 本郷MKビル2F
TEL 03-3813-8157 FAX 03-3813-8733

医療機器センター

検索

<http://www.jaame.or.jp/>



申込要領および郵送用受講申込書

【申込要領】

インターネットからのお申込み

ホームページ（http://www.jaame.or.jp/koushuu/iryo/ir_zai.html）の受講申込みフォームから申し込み、郵便局備え付けの用紙か、ATM（現金自動預支払機）から受講料をお振込みください。

郵送による申込み

下段の申込書に必要な事項を記入してください（切り取らずにお送りください）。郵便局備え付けの用紙か、ATM（現金自動預支払い機）から受講料を振り込み、振込み控え（コピー可）を申込書と共に郵送でお送り下さい。

注）締切日近くに郵送でお申込みをする方は、あらかじめ電話で空き状況を確認の上申し込んでください。

《送付先》〒113-0033 東京都文京区本郷1-28-34 本郷MKビル2F
公益財団法人医療機器センター 医療研修部「在宅人工呼吸器に関する講習会」係

【振込先等について】 受講料 10,000円（消費税含む）

《受講料払込先：ゆうちょ銀行振替口座》 ザイ）イリヨウキキセンター
口座番号 00130-4-757345 口座名称 公益財団法人 医療機器センター

注）他の金融機関（一部を除く）から受講料を振込む場合の口座情報は次のとおりです。

〔銀行名〕ゆうちょ銀行	〔金融機関コード〕9900	〔店番〕019	〔店名(カナ)〕〇一九店(ゼロイチキウウ店)
〔預金種目〕当座	〔口座番号〕0757345	〔カナ氏名(受取人名)〕	ザイ）イリヨウキキセンター

*会社・病院名でお振り込みされる、または複数名分をまとめて代表者名でお振り込みする場合は、必ず通信欄に受講者全員の氏名を記入して下さい。振込み控えは人数分コピーし、各申込書に貼付してください。振込手数料は受講者の負担となります。原則として領収証の発行はしませんのでご了承ください。

【注意事項】

- 1) 受講票及びテキストは講習会開催日の1週間前までに本人宛にお送りします。講習会で使用するスライド集は講習会当日の受付にて配布いたします。
- 2) 受講キャンセルについて：受講票の送付後は、受講料の返金はいたしませんのであらかじめご了承ください。
- 3) 個人情報の取扱いについて：当講習会にお申し込みいただいた個人情報（氏名・住所等）は、法令等により個人情報の提供を要求された場合を除き、当講習会に関係する業務の範囲内に限定して使用いたします。

【平成30年度 在宅人工呼吸器に関する講習会郵送用受講申込書】

講習会日程	<input type="checkbox"/> 東京：平成31年2月26日（火）			<input type="checkbox"/> 大阪：平成31年3月12日（火）	
フリガナ	(姓)	(名)	年齢	性別	
氏名				1. 男 2. 女	
E-mail					
勤務先名称	フリガナ	部署			
送付先区分	1. 勤務先 2. 自宅	(送付先区分で選んだ住所を「送付先住所欄」に記入してください。)			
送付先住所	〒	-	都道府県		
	フリガナ				
勤務先区分	TEL：(内線)		FAX：		
	1. 保健所 2. 病院 3. 訪問看護ステーション 4. その他 ()		【注意】 1. 講習会日程はいずれかを選んで□にチェックを付してください。 2. 「性別」、「送付先区分」、「勤務先区分」、「職種」欄は、該当項目の番号を囲んでください。「その他 ()」は具体的に記入してください。 3. 呼吸療法認定士の方は「資格」欄の□にチェックを付してください。 申込み用紙を複数必要な方はコピーしてご使用ください。		
職種	1. 医師 2. 保健師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 臨床工学技士 6. 理学療法士 7. その他 ()				
資格	<input type="checkbox"/> 呼吸療法認定士				