

令和元年度

在宅人工呼吸器 に関する講習会

参加者の声
(一部)

医師や看護師・療養者という様々な立場からの話が聞けて良かったです
質問は手をあげずに用紙に記入するスタイルだから聞きやすかったです！

実際にNPPVを体験したことで患者さんの気持ちが変わりました

知識としては知っていたことでもハンズオンで体験しながら
説明を聞くと理解も深まり、新たな発見がありました！

慢性疾患を抱える療養者にとって、在宅に必要な医療が受けられることは大きなメリットであり、在宅医療の質の向上には、優れた医療機器の開発と適正な使用方法の普及、そして、在宅医療を支える医療従事者のスキルアップが欠かせません！

在宅医療に携わる方の人材育成の一環として、多数の方の参加をお待ちしております。

東京会場

令和2年 3/10 (火) 大田区産業プラザPiO

大阪会場

令和2年 3/12 (木) 大阪国際会議場

- ・定員 各200名
- ・受講料 10,000円 (消費税・資料代含む)
- ・申込締切日 令和2年2月25日 (火)
- ・開講 9:00 終了予定 17:15

講習会終了後『修了証書』をお渡しします。
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

* 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、呼吸器疾患その他のHMV・特にNPPVについて
小児のHMV：神経筋疾患と重症心身障害児を中心に
ALS患者に対するHMV、HMV療養者の立場から、HMV療養者への訪問看護

* ハンズオン(実習) / 毎年大好評！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

* 講師陣とのQ&Aタイム / 日頃の悩みを解決！

質問したいけど大勢の前ではちょっと…と言う方にぴったり。
当日は質問用紙をお配りします。



お申し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

昨年のハンズオンの様子、参加者の声をご覧ください。

詳細はホームページで
<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事項を記入してください（切り取らないでください）。郵便局備え付けの用紙か、ATM（現金自動預支払機）から受講料を振り込み、**振込み控え（コピー可）と本申込書**と一緒に郵送またはFAXでお送りください。

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ご確認ください。

《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

【受講料・振込先等について】受講料 10,000円（消費税・テキスト代含む）

《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（ゼロイチキユウ店）
〔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ください。振込み控えは人数分コピーし、各申込書と一緒に郵送またはFAXでお送りください。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】

- 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する予定です。なお、講師のスライドをまとめた資料は講習会当日の受付にて配布いたします。
- 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。
- 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。

【令和元年度 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：令和2年3月10日（火）		<input type="checkbox"/> 大阪：令和2年3月12日（木）	
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			
	TEL： (内線)	FAX：		
勤務先区分	1. 保健所 2. 病院 3. 訪問看護ステーション 4. その他 ()		※ 振込み控え（コピー可）と本申込書 と一緒に郵送またはFAXでお送りください。	
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 ()		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。	
資格	<input type="checkbox"/> 呼吸療法認定士		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。	