**第８８回KTSM実技セミナー（八戸）申込用紙**

記載日：     月     日

＊各欄の該当する項目（□）にチェックしてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |       | 2019年度KTSM |
| 氏名 |       | [ ]  会員　 [ ]  非会員 |
| 職種 | [ ] 看護師　　[ ] 介護職　　　[ ] PT　[ ] OT　[ ] ST　[ ] 医師[ ] 歯科医師　[ ] 歯科衛生士　[ ] 管理栄養士 [ ] その他 |
| 勤務先名 |       |
| 連絡先住所[ ]  自宅　 [ ]  職場 |       |
| 連絡先電話番号[ ]  自宅　 [ ]  職場 |       |
| KTSM実技セミナー参加回数 | [ ]  初めて　[ ]  ２回目以上　　　　　（参加した都道府県名：     　） |
| 摂食嚥下に関わった年数 | [ ]  まだ関わっていない（今後関わる予定）[ ]  １年未満　[ ] ２～５年 　[ ] ５年以上 |
| 実技セミナー参加理由（複数選択可） | [ ]  食事介助の基礎を知りたい　[ ] スキルアップしたい[ ]  KTBCを学びたい　　　　　[ ] その他 |
| **※必須※**実技セミナー参加理由を具体的に記載してください |       |
| 実技で習得したいこと（複数選択可） | [ ]  口腔ケア　　　　 [ ]  嚥下評価（スクリーニング）[ ]  ポジショニング 　[ ]  食事介助（スプーン操作）[ ] その他（　     　） |
| **※必須※**実技で習得したいことを具体的に記載してください |       |

＊この用紙は本セミナーのみに使用し、終了後は事務局で責任を持って破棄いたします