

## 第34回 コンチネンス中級セミナー参加者募集案内

～新しい排泄ケアの考えに基づく実践コース～

1)日 時:2025年 1月18日(土)・19日(日)9:30～17:10

2月22日(土)・23日(日)9:30～17:10

※認定者講習会 3月15日(土)13:00～16:30 予定(認定者必修)

2)開催形式:現地開催 山梨県 地方独立行政法人 大月市立中央病院

山梨県大月市大月町花咲 1225 TEL0554-22-1251

3)受講料:33,000円

4)募集人数:定員 49名

5)申込締切:2024年12月4日(水曜日)

※2024年12月11日(水)に開催可否について判断をし、申込者に対して連絡いたします。

開催可否決定は12月17日(火)までにメールにて通知予定

6)受講条件:(1)日本コンチネンス協会正会員(個人)登録者

(2)コンチネンスメイト(初級セミナーとフォローアップセミナー修了者)

(3)排泄ケアの実務者(本人および家族以外のケアをしている人)で事例提出ができる方

※事例提出要項は別紙にありますので、ご覧ください。

※事前課題の提出:2025年1月6日(月)必着

※事例課題が上記期限内に届かない場合は受講できない場合があります。ご注意ください。課題

は中級セミナー事務局まで FAX か、E-mail に添付してお送りください。

※お送りいただいた事例は、返却いたしませんので、予めご了承ください。

7)注意事項:開催決定後(開催当日含)のキャンセルにつきましては、キャンセル料(10,000円)が発生  
します。予めご了承ください。

=お申し込み・事例提出・お問い合わせは=

受講申し込みは QR コードか、下記申込用紙にて FAX(送信票不要)またはメールにてお願い致します

お問い合わせは第30回コンチネンス中級セミナー事務局(岸川)まで

TEL:055(274)8800 FAX:055(274)8808 (豊前医化株式会社 中込宛)

E-mail : c.nagano.2016@gmail.com

申込締切  
12/4

### 《 第34回 コンチネンス中級セミナー申込み用紙 》

1. 氏名( ) ふりがな( ) 性別( )
2. 生年月日(西暦 年 月 日) 年齢( 歳 )
3. 会員番号( ) 職種( )勤務先名( )
4. 自宅住所(〒 )
5. 携帯番号( )
6. E-mail( )
7. 初級セミナー受講年( 年 月 ) 受講地( )
8. フォローアップ受講日( 年 月 日 ) 未受講の方は受講予定年( 年 )

Web申込みはこちら →

\*提出していただいた個人情報は、

このセミナーと日本コンチネンス協会の認定登録以外の目的には使用いたしません。

また、厳重に管理いたします。

