



後援:鳥取県・鳥取県介護福祉士会

# 四つ葉塾

学んで語る 交流型勉強会



この度、ただの学びではなく...学びが現場に活かされる研修をして欲しいとの要望を受け、平成30年度「四つ葉塾(年間8回)」の開講を決定いたしました。

同じ参加者(塾生)で継続的に、様々な交流型勉強会を通して「正解までいかななくても現場で答えが出せる勉強会」を企画しています。多くの皆様のお越しをお待ちしております。

第1回 5月23日(水)14時~17時

「パーソン・センタードケア」  
(ケアのあり方の理解)

第2回 6月21日(木)14時~17時  
懇親会予定しています 18時~会場未定

「コーチング・ケア」  
(ケアのやり方の理解)

第3回 7月14日(土)14時~17時

「セーフティ・マネジメント」  
(QOLを高める事でリスクを減らす方法とは)

鳥取県西部にある医療・社会福祉法人で22年間勤務、グループホーム施設長を経て、介護老人保健施設にてマネジメント職として勤務し退職後 Care Creatorとして独立。

- ・島根総合福祉専門学校 介護福祉士科 専任講師
- ・全国認知症介護指導者ネットワーク 監事
- ・認知症介護指導者ネットワーク ちネット仙台 副代表
- ・鳥取県認知症介護指導者ネットワーク 支部長
- ・鳥取県介護福祉士会 理事



場 所:倉吉体育文化会館

対象者:継続的な学びをしたい方 参加者とのネットワーク作り(情報交換)も含む

定 員: 20名(定員になり次第締め切ります)

参加費:8回分一括の場合¥30,000 参加毎ごとの場合 1回¥4,000

連絡先:OFFICE IMAGINE 683-0841  
鳥取県米子市上後藤5-7-11

代表 林原 豊 090-1338-5777

県内外で、認知症介護を中心に介護全般の講演・講義。  
また、現場教育(OJT)に特化した事業展開や講演も実施しています。

申し込み先: OFFICE IMAGINE 代表 林原 豊 行

FAX 0859-29-5664



## 四つ葉塾

# 第1回「パーソン・センタードケア」

ケアのあり方について学んで語る  
学んで語る 交流型勉強会 申込書

- \* 受講決定通知書をもって、実施要項(受講案内)を送付させていただきます
- \* 受講料のお支払い方法にも〇をお願いいたします

参加者氏名 (参加優先順に記入)	事業所区分 (GH・老健・デイ・特養 など)	経験年数	職 種
1 フリガナ		年	
2 フリガナ		年	
3 フリガナ		年	

お支払い方法      1    一括払い                      2    参加当日分払い

申し込み者氏名	
事業所名	
住所	〒
電話番号	(                      )
mail	

【お問合せ】 OFFICE IMAGINE kokoro1107yaytk@yahoo.co.jp

FAX 0859-29-5664 TEL 090-1338-5777(林原)

申し込み先: OFFICE IMAGINE 代表 林原 豊 行

FAX 0859-29-5664



四つ葉塾

## 第2回「コーチング・ケア」

ケアのやり方について学んで語る  
学んで語る 交流型勉強会 申込書

- \* 受講決定通知書をもって、実施要項(受講案内)を送付させていただきます
- \* 受講料のお支払い方法にも〇をお願いいたします
- \* 懇親会の参加 有無にも〇をお願いいたします(場所未定 参加数による)

参加者氏名 (参加優先順に記入)	事業所区分 (GH・老健・デイ・特養 など)	経験年数	職 種
1 フリガナ		年	
2 フリガナ		年	
3 フリガナ		年	

懇親会参加      1   参加                      2   不参加

お支払い方法      1   一括払い                      2   参加当日分払い

申し込み者氏名	
事業所名	
住所	〒
電話番号	(                      )
mail	

【お問合せ】 OFFICE IMAGINE kokoro1107yaytk@yahoo.co.jp

FAX 0859-29-5664 TEL 090-1338-5777(林原)

申し込み先: OFFICE IMAGINE 代表 林原 豊 行

FAX 0859-29-5664



四つ葉塾

## 第3回 「セーフティ・マネジメント」

生活の質を高める事でリスクを減らす方法とは

学んで語る 交流型勉強会 申込書

- \* 受講決定通知書をもって、実施要項(受講案内)を送付させていただきます
- \* 受講料のお支払い方法にも〇をお願いいたします

参加者氏名 (参加優先順に記入)	事業所区分 (GH・老健・デイ・特養 など)	経験年数	職 種
1 フリガナ		年	
2 フリガナ		年	
3 フリガナ		年	

お支払い方法      1    一括払い                      2    参加当日分払い

申し込み者氏名	
事業所名	
住所	〒
電話番号	(                      )
mail	

【お問合せ】 OFFICE IMAGINE kokoro1107yaytk@yahoo.co.jp

FAX 0859-29-5664 TEL 090-1338-5777(林原)