

徳市医発第 267 号
平成 30 年 12 月 25 日

一般社団法人徳島県歯科衛生士会
会長 河野 美枝子 殿

一般社団法人徳島市医師会 会長 宇都宮正登
糖尿病対策委員会 委員長 鶴尾美穂

第 2 回徳島市糖尿病サポーター（TCDS）養成研修会の受講者の募集について（ご案内）
- 平成 30 年度 徳島県地域医療介護総合確保基金 糖尿病サポーター養成モデル推進事業 -

師走の候、貴職におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。日ごろより徳島市医師会事業にご理解、ご協力を賜り心よりお礼申し上げます。

さて、本会では昨年度に引き続き、標記研修会を開催する運びとなりました。本研修会は、在宅や施設の現場で医療・介護・福祉等の分野に従事する方や自治体職員等を対象として、糖尿病に関する正しい知識と療養指導等について講義や演習を行い、研修修了者を徳島市糖尿病サポーター（TCDS）として認定するものであります。

つきましては、別紙要項のとおり受講者の募集を行いますので、貴所属の皆様へのご周知をお願い申し上げます。

なお、本研修会の受講定員はおおむね 50 人程度としております。応募者多数の場合は、できる限り職種に偏りが出ないように考慮して選考させていただきます。ご了承のほどよろしく願いいたします。

記

研修会	第 2 回 徳島市糖尿病サポーター（TCDS）養成研修会
日 時	第 1 日目 平成 31 年 1 月 27 日（日）9 時 20 分～16 時 第 2 日目 平成 31 年 2 月 17 日（日）9 時 20 分～16 時
場 所	徳島市医師会館 4 階 会議室
対象者	徳島市に在住もしくは徳島市内の施設で医療・介護・福祉等の分野に従事する方及び自治体職員等で、全日程（2 日間）の研修を受講できる方〔職種等〕社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護職員（介護士）、介護支援専門員、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、臨床心理士、医療事務、自治体職員 等
申込方法	別紙募集要項を確認のうえ、ファクシミリで申込書を送付 締切 平成 31 年 1 月 11 日（金）必着

お問い合わせ 徳島市医師会事務局 TEL (088) 625-4617

第2回 徳島市糖尿病サポーター（TCDS）養成研修会 受講募集要項
- Tokushima City Certified Diabetes Supporter -

目的	医療・介護・福祉系の有資格者や自治体職員等に対し、正しい糖尿病教育と療養指導について具体的に指導し、糖尿病に関する正しい知識を持った糖尿病サポーター（TCDS）を養成する。
事業種別	糖尿病サポーター養成モデル推進事業（徳島県地域医療介護総合確保基金）
実施主体	一般社団法人 徳島市医師会
日程	第1日目 平成31年1月27日（日曜日） 9時20分～16時（受付開始9時～） 第2日目 平成31年2月17日（日曜日） 9時20分～16時（受付開始9時～）
場所	徳島市医師会館 4階 会議室 〒770-0847 徳島市幸町3丁目77番地 TEL (088) 625-4617
対象者	徳島市に在住もしくは徳島市内の施設で医療・介護・福祉等の分野に従事する方及び自治体職員等で、全日程（2日間）の研修を受講できる方 〔対象職種等〕 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護職員（介護士）、介護支援専門員、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、臨床心理士、医療事務、自治体職員 等
受講定員	50人程度（申し込み多数の場合は、職種の偏りが無いよう考慮して選考いたします）
参加費	無料
修了要件	全日程（2日間）の研修を受講した方を修了者として認定（修了証と修了グッズを交付） 更新期間は3年（予定）
申込方法	別紙受講申込書で徳島市医師会事務局宛にファクシミリでお申込みください
申込締切	<u>平成31年1月11日（金）必着</u>
受講通知	受講決定となった方に受講通知をお送りいたします（平成31年1月中旬を予定）

第2回

徳島市糖尿病サポーター (TCDS) 養成研修会 受講申込書

ふりがな 氏名	
所属施設名	
受講通知書送付先 FAX番号 (必須)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 fax - -
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 住所 〒 電話 - -
勤務先種別 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 介護保険 (施設) <input type="checkbox"/> 介護保険 (在宅) <input type="checkbox"/> 職能団体 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他 ()
対象職種 (該当に✓) ※複数資格がある場合は、 現職で優先されているもの を一つ選択してください	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護 (士) 職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 事務系職員 <input type="checkbox"/> 自治体職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
現職種経験年数	[] 年 [] か月 ※複数の勤務先で経験がある場合は通算した年数
糖尿病療養指導士 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 日本糖尿病療養指導士資格 (CDEJ) をもっている <input type="checkbox"/> 徳島県糖尿病療養指導士資格 (LCDE) をもっている
受講申込みの 動機	(自由記述)

注) お預かりした個人情報、本研修会の目的以外には使用いたしません。

申込者多数の場合は、職種の偏りが無いよう考慮して選考いたします

申込締切 平成31年1月11日 (金) 必着