

令和元年 7 月 30 日

会員各位

災害リハビリ委員長 高林

## JIMTEF 災害研修会の申し込みに際して

公益財団法人国際医療技術財団（JIMTEF）は、2011 年度より災害医療に関する知識と技術を有する医療技術者及び関連職種の育成を図ることを目的に別紙案内にある研修コースを実施してきました。

参加対象者は JIMTEF 医療関連職種 21 団体協議会構成団体会員となっており、日本作業療法士協会もこの中に含まれております。参加希望がございましたら別紙の受講申込書を作成の上、8 月 14 日（水）までに下記の担当までご連絡下さい。

県士会の方でまとめて、日本作業療法士協会からの推薦者として、JIMTEF の方へ申し込み手続きをさせていただきます。

直接 JIMTEF へ申し込みを行うと協会推薦となりませんのでご注意ください。

なお、交通費および研修会参加費は自己負担となりますのでご了承ください。

記

### 連絡先

担当：高林一彦（老人保健施設アルカディア氷見）  
〒935-0025 富山県氷見市鞍川 1878-1  
TEL：0766-74-7060 FAX：0766-74-7062  
E-mail：himi13@meijukai.com

# 第13回 JIMTEF 災害医療研修ベーシックコース 東京開催

## 受講者募集

主催：公益財団法人 国際医療技術財団(JIMTEF/ジムテフ)  
協力：独立行政法人 国立病院機構 災害医療センター  
後援：独立行政法人 国際協力機構

災害医療に関する知識と技術を有する医療関係者の育成を図ることを目的に標記研修コースを開催します。修了者はアドバンスコースを受講することができます。

- 1 日 時 令和元年 9月21日(土) 午後1時～午後6時30分  
9月22日(日) 午前9時～午後3時
- 2 会 場 独立行政法人 国際協力機構 東京センター(JICA東京)  
東京都渋谷区西原 2-49-5 最寄駅:幡ヶ谷 / 代々木上原
- 3 対 象 JIMTEF 医療関連職種団体協議会構成団体会員及び一般の医療関係者(職種は問いません)
- 4 定 員 収容人数を大幅に超えた場合は受講理由、職種のバランスを勘案し選考します。
- 5 研修内容(予定) ※プログラムは受講決定通知に同封します。
  - 講義「災害医療概論」
  - 講義「東日本大震災・東京電力福島第一原発事故に対する医療対応」
  - グループ演習「発災から急性期の対応」
  - グループ演習「避難所運営ゲームHUG」
  - グループ演習「避難所アセスメントの基礎」
  - 講義「災害時におけるメンタルヘルスケア」
  - 講義「災害と生活機能」
  - 講義「災害と栄養」
  - 講義「災害医療の実際～事例報告～」
- 6 受講料 1人 20,000円 (お支払方法は受講決定通知でお知らせします)
- 7 その他 ①宿泊が必要な場合は各自で手配してください。  
②初日の研修終了後、別室で懇親会(90分)を行います。参加任意、会費4千円。  
③2日目の昼食は災害時用の非常食を体験(試食)します。

### 応募方法

- (1)提出書類:受講申込書 ※データは JIMTEF ホームページからダウンロードできます。  
<http://www.jimtef.or.jp>
  - (2)募集期間:7月12日～8月22日(17時まで) ※受講決定通知は8月23日発送予定
  - (3)提出先:JIMTEF 医療関連職種団体協議会の各構成団体でお取りまとめの上、  
Eメール又はFAXにより当財団までご送信ください。  
一般の方は、直接、当財団までご送信ください。
- <送信先>公益財団法人 国際医療技術財団 災害医療研修係  
TEL:03-3265-3800 FAX:03-3265-3808 Eメール:office@jimtef.or.jp



# JIMTEF 災害医療研修

## 2019 年度 日程

### ■ 第 12 回 ベーシックコース（関西）

日程：6月15日（土）～16日（日）

会場：兵庫県柔整師会館（神戸市兵庫区）

### ■ 第 13 回 ベーシックコース（東京）

日程：9月21日（土）～22日（日）

会場：JICA 東京（東京都渋谷区）

### ■ 第 11 回 アドバンスコース（関西）

日程：10月5日（土）～6日（日）

会場：JICA 関西（神戸市中央区）

### ■ 第 12 回 アドバンスコース（東京）

日程：1月18日（土）～19日（日）

会場：JICA 東京（東京都渋谷区）

### ■ 第 2 回 スキルアップコース

日程と会場 調整中

対象：アドバンスコース修了者

# 第13回 JIMTEF 災害医療研修ベーシックコース

## 受講申込書

※個人情報とは本事業以外で使用いたしません。

所属団体名	日本作業療法士協会	
氏名	(フリガナ)	
職種	作業療法士	
勤務先名		
書類送付先 住所	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒	
連絡先 TEL	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
e-mail	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
懇親会	<input type="checkbox"/> 出席する <input type="checkbox"/> 欠席する	

(受講を希望する理由)