

三 医 在 第 28 号  
三 高 介 第 1351 号  
平成 30 年 12 月 14 日

医療・介護関係機関の長 様

三 条 市 医 師 会 長  
三条市福祉保健部高齢介護課長

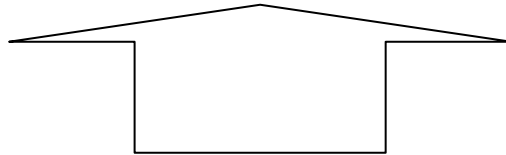
平成 30 年度第 3 回多職種連携研修会の開催について（案内）

時下、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。  
標記研修会を次のとおり開催しますので、御案内します。  
つきましては、関係者の出席について御配慮くださるようお願いいたします。

記

- |   |       |   |
|---|-------|---|
| 1 | 日 時   | 平成 31 年 1 月 25 日（金）午後 7 時 00 分から 8 時 30 分まで                   |
| 2 | 会 場   | 燕三条地場産業振興センター リサーチコア<br>7 階マルチメディアホール                         |
| 3 | 内 容   | 別紙 1 開催要領のとおり   |
| 4 | 参加申込み | 別紙 2 を記入し、 <u>平成 30 年 12 月 27 日（木）必着で提出してくださ</u><br><u>い。</u> |
| 5 | そ の 他 | 会場の定員等の都合により、参加者数を調整する場合があります。その場合は、申込担当者に連絡をします。             |

担当 三条市在宅医療推進センター 西田 電話：46-8033(直通) FAX：32-6755（三条市医師会事務局） 福祉保健部高齢介護課 地域包括ケア推進室 渡邊 電話：34-5457（直通）
---



別紙 2

(送付文不要)

三条市在宅医療推進センター 西田 宛て

FAX 32-6755(三条市医師会事務局) 申込期限 12 月 27 日(木)必着

平成 30 年度 第3回多職種連携研修会参加申込書(1月 25 日開催)

事業所名 連絡先電話番号	
申込担当者氏名	

- 参加を申し込みます。

所属	職種	参加者名(フリガナ)

～◆～◆～◆アンケートにご協力ください◆～◆～◆～

問 1 利用者・患者の入退院時の連携において、御自身の支援の中で課題に思うことはありますか？

- ① ある
- ② ない

①あるに答えた方にお聞きします。

(ア)課題に思う内容は何ですか？具体的にお書きください。

(イ)その課題を解決するために、どのような対策(取り組み)が考えられますか。

ご協力ありがとうございました。