

関係者各位

函館市医療・介護連携支援センター
センター長 榎木 賢三

『令和元年度函館市医療・介護連携多職種研修会
～医療関係者向け研修会～』の開催について

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、函館市医療・介護連携支援センターでは、函館市医療・介護連携推進協議会 多職種連携研修作業部会の協力のもと、「相互理解」というテーマで、医療関係者には介護側の事情を、介護関係者には医療側の事情を知っていただく機会とし、お互いの距離や隔たりを縮め、顔の見える関係の中で更に連携を高めることを目的に、下記の内容で研修会を開催いたします。

なお、今年度も同テーマ、同講師にて3回研修会を開催する予定でございますので、ご都合に合わせてご出席いただきますようお願いいたします。

貴職員の皆様におかれましても、是非お誘い合わせのうえご参加くださいますようお願い申し上げます。

敬具

記

『令和元年度函館市医療・介護連携多職種研修会』
～医療関係者向け研修会～

- 【日時・場所】
- ① ~~令和元年5月30日(木) 17:30～18:30 (受付17:00～)~~
~~医療法人 雄心会 函館新都市病院 4階講堂~~
~~(住所: 函館市石川町331-1 電話: 46-1321) ※終了~~
 - ② 令和元年8月23日(金) 17:30～18:30 (受付17:00～)
社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院 西棟5階多目的ホール
(住所: 函館市湯川町1丁目31-1 電話: 59-2221)
 - ③ 令和2年2月頃の予定 (日程未定のため後日お知らせいたします)
公益社団法人 函館市医師会 函館市医師会病院
(住所: 函館市富岡町2丁目10-10 電話: 43-3939)

【対象】 医療関係者

- ◎この研修は、多職種連携に関わってから3年以内の方の参加を想定した内容となっております。ご理解していただいたうえで、上記以外の方も是非ご参加いただけますと幸いです。

- *定員
- ① ~~5月30日(木) 120名~~
 - ② 8月23日(金) 120名
 - ③ 2月(未定) 80名

- 【内容】
- テーマ 「介護サービスの概要と役割(医療との連携)」
 - 講師 医療法人社団函館脳神経外科指定居宅介護支援事業所
管理者・主任介護支援専門員 宮城 智美 様

※参加申込書にご記入のうえ、令和元年8月16日(金)までにご連絡をお願いいたします。

※3回目の研修申し込みにつきましては、再度ご案内申し上げます。

[お問い合わせ先]

函館市医療・介護連携支援センター(函館市医師会病院内) 担当: 長谷川

電話: 43-3939 FAX: 43-1199 E-mail: ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

8 / 23 参加申込書 (F A X 通信連絡票)

送信先 : 0138-43-1199
函館市医療・介護連携支援センター

『令和元年度函館市医療・介護連携多職種研修会』 ～医療関係者向け研修会～

令和元年8月23日(金) 17:30～18:30 (受付17:00～)

社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院 西棟5階 大ホール

(函館市湯川町1丁目31-1 59-2221)

◎今回の申し込みは8 / 23分のみです◎

令和元年 月 日

【貴事業所名】

【サービス種別】

【TEL】

【ご担当者】

【役職・職種】	【参加者氏名】
所属機関からの参加申込みとなります	

※参加申込書にご記入のうえ、8月16日(金)までにご返信ください。

※定員を超える申し込みがあった場合は、失礼ながら事業所ごとの参加人数を調整させていただきます。

※事前に質問を承りますので、別紙に記入してご返信ください。

※3回目の研修申し込みにつきましては、再度ご案内申し上げます。

函館市医療・介護連携支援センターあて
(FAX 0138-43-1199)

『令和元年度函館市医療・介護連携多職種研修会』

～医療関係者向け研修会～

事前質問票

※介護サービスなどについて、ご意見・ご質問がございましたら、ご自由にお書きください。

令和元年8月16日（金）締め切り

ご質問内容

※1枚に複数の質問を記入していただいてもかまいません。

貴事業所名 _____

ご担当者氏名 _____

TEL/FAX 番号 _____