

令和2年1月吉日

病医院長 様

函館市医師会病院内
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～』のご案内

謹啓

厳寒の候 先生におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、平素は当センターに対し格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、函館市医療・介護連携推進協議会と当センターの共催で、「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、同テーマ、同講師にて開催しておりました研修会の最終回となります。

本研修会につきまして、ご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、医師会員の皆様、貴職員の皆様にも是非ご参加を賜りたく、ご案内申し上げます。

謹白

2/12分 参加申込書(FAX通信連絡票)

FAX 43-1199

函館市医療・介護連携支援センター

令和2年 月 日

医療機関名

医師会員名

職員様氏名

(職種：)

連絡先TEL

※申し込み多数の場合は、別紙にご記入お願いいたします。

※上記、参加申込書にご記入のうえ、**2月5日(水)までにご返信ください。**
また、何かご不明な点がございましたら、当センター(TEL 43-3939)までご連絡くださいますよう、よろしくお願いいたします。

別紙

2/12分 参加申込書(FAX通信連絡票)

FAX 43-1199

函館市医療・介護連携支援センター

医療機関名

連絡先TEL

【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、2月5日(水)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。

『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回目～~~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番1号 電話:46-1321)~~

~~※定員 120名 ※終了~~

2回目～~~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~~

~~(住所:函館市湯川町1丁目31番1号 電話:59-2221)~~

~~※定員 120名※終了~~

3回目～令和2年2月12日(水) 18:30～19:30(受付18:00～)

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番10号 電話:43-3939)

※定員 80名

【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。

【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

[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

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2年2月5日（水）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 _____