

平成 30 年 9 月 18 日

公益社団法人山形県栄養士会
会 長 西村 恵美子 様

一般社団法人山形県理学療法士会
会 長 高橋 俊章

自立支援型地域ケア会議推進研修会の開催について（ご案内）

謹啓 初秋の候 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より本会の活動に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さてこの度、大分県の地域ケア会議の変遷と現状から、現在行われている多職種連携を考慮した助言方法等について研修し、専門職の資質向上を図るため、下記により研修会を開催いたします。

つきましては、貴会会員様にご参加いただきたくご案内申し上げます。ご多忙のところ誠に恐縮に存じますが、貴会会員様へ広く周知をしていただきたくお願い申し上げます。

謹白

記

日 時：平成 30 年 10 月 21 日（日） 9：30～13：00（受付 9：00 より）

会 場：山形県立保健医療大学第 2 講義室 山形市上柳 260 番地

内 容：①大分県の地域ケア会議の変遷と現状

②地域ケア会議での助言に必要な知識と助言方法

講 師：河 野 礼 治 先生（大分県リハビリテーション専門職団体協議会 会長）

参 加 費：無料

申し込み：別紙申し込み用紙により、FAXにて10月12日（金）までにお申し込みください。

送信先は、山形大学医学部附属病院 大森 允 宛（FAX番号 023-628-5719）に
お願いいたします。

※本研修会は平成30年度山形県地域包括ケアシステム構築推進事業（地域ケア会議助言者資質向上事業）補助金を活用し開催します。

問い合わせ：地域包括ケアシステム推進本部 岩田好子
山形済生病院リハビリテーション部
TEL：023 - 682 - 1111（代）
E-mail：yiwata@ameria.org

FAX送信票

送信先：山形大学医学部附属病院 大森 允 行

FAX : 023-628-5719

※上書き用紙の添付は不要です。

送信者 施設名：_____

氏 名：_____

TEL : _____

FAX : _____

自立支援型地域ケア会議推進研修会参加申し込み

施設名	職種	氏名

※平成 30 年 10 月 12 日（金）までお申し込みください。