令和3年度　五所川原市在宅医療介護連携推進事業

**「医療職と福祉職の連携を深めよう」**

**多職種研修会**

**令和３年10月21日(木）**

**１８：００～２０：００**

**会場：五所川原市役所2階　会議室２B,２C,2D**

**Zoomでの参加もできます。**

**パネルディスカッション**

**コーディネーター**西片医療福祉研究会　山田　美代子先生

**パネリスト**

つがる総合病院　副院長

**二川原　健　先生**

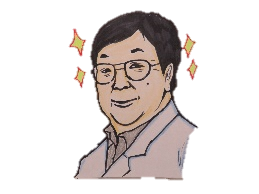
（内分泌・糖尿病・代謝内科）

小林歯科医院　院長

**小林　克徳　先生**

健生五所川原診療所 所長

**津川　信彦　先生**





|  |
| --- |
| 60名（会場参加40名） |

|  |
| --- |
| 在宅医療介護連携に  携わる関係機関の方 |

募集人数

対象

テーマ

|  |
| --- |
| **「医師との連携の仕方」について** |

|  |
| --- |
| 別紙の「多職種研修会申込用紙」に必要事項を記入のうえ事務局へご持参いただくか、メールまたはFAXでお送り下さい。 |

申込方法

|  |
| --- |
| **令和３年10月12日（火）** |

[](%22http:/blogimg.goo.ne.jp/user_image/0d/3e/cf775060d1d95b7ead7732ac07acd333.png%22)

申込締切

五所川原市役所　介護福祉課　地域包括支援センター

事務局　TEL: 35-2111（内線2461）FAX：34-1018

e-mail m-kasahara@city.goshogawara.lg.jp

**多職種研修会参加申込用紙**

下記、必要事項をご記入のうえ**令和３年10月12日（火）まで**に、

**事務局（包括：笠原**）へメールまたはFAXでお送り下さい。

**FAX：34-1018**

申込日：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 年齢 | 歳 | | 性別 | 男・女 |
| 連絡先 | 住所（〒　　　-　　　　） | | | | | | |
| 電　話 |  | 携帯(PHS) | |  | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 参加者氏名 |  | | | | | | |
| 参加者氏名 |  | | | | | | |
| 参加者氏名 |  | | | | | | |
| 参加形態  希望する方に〇 | 会場参加　　　、　　Zoomミーティングでの参加 | | | | | | |
| パネリストへのご質問がございましたら、どうぞ |  | | | | | | |

**申込用紙送付先**

五所川原市役所　介護福祉課　地域包括支援センター

事務局　TEL: 35-2111（内線2461）**FAX：34-1018**

e-mail m-kasahara@city.goshogawara.lg.jp