

安城市在宅医療・介護連携推進のための研修会連絡票

部会名			
研修会担当者		連絡先	TEL メール
研修のテーマ			
開催日時	月 日 () 時 分～ 時 分		
会場			
講師名(ふりがな)			
講師の役職等			
依頼文の送付先			
演題名			
研修会のねらい	<p>対象者： 初任者 ・ 中堅 ・ 管理者レベル</p> <p>(ねらいの記入例)</p> <p>(例)グループワークをとおして、必要な時に必要な看護サービスが円滑に提供できる関係を構築する。</p>		
研修会参加 対象部会	<p>()すべての部会</p> <p>()一部の部会(対象部会に☑する)</p> <p><input type="checkbox"/>病院部会 <input type="checkbox"/>医師会部会 <input type="checkbox"/>歯科医師会部会 <input type="checkbox"/>薬剤師会部会</p> <p><input type="checkbox"/>訪問看護ネットワーク部会 <input type="checkbox"/>訪問リハネット部会 <input type="checkbox"/>ケアマネット部会</p> <p><input type="checkbox"/>小規模多機能部会 <input type="checkbox"/>デイネット部会 <input type="checkbox"/>ヘルパーネット部会</p> <p><input type="checkbox"/>施設部会 <input type="checkbox"/>グループホーム部会 <input type="checkbox"/>住まい部会</p> <p><input type="checkbox"/>地域支援部会 <input type="checkbox"/>保健福祉部会</p>		

※ 開催日の2か月前までを目安に事務局(担当:外山)に提出してください
 FAX (0566)74-6789 E-mail toyama-yoshimi@city.anjo.lg.jp