

# 安城市在宅医療・介護連携推進のための研修会連絡票

資料3-4

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・役職等	(ふりがな)		
講師の報償費	円	支払い方法 <input type="checkbox"/> 個人支払い <input type="checkbox"/> 法人支払い	
依頼文の送付先	〒 (住所)		
演題名			
研修会のねらい	対象者: <input type="checkbox"/> 初任者 <input type="checkbox"/> 中堅 <input type="checkbox"/> 管理者レベル (ねらいの記入例: 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)		
研修会参加対象部会	( ) すべての部会 ( ) 一部の部会 (対象部会に☑する)  <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 <input type="checkbox"/> 訪問看護ネットワーク部会 <input type="checkbox"/> リハビリネット部会 <input type="checkbox"/> ケアマネット部会 <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 <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 <input type="checkbox"/> 地域支援部会 <input type="checkbox"/> 保健福祉部会		

※開催日の3か月前までを目安に事務局(研修担当者)に提出してください  
 FAX (0566)74-6789