**FAX送信票(B)「対応経験及び、取組」**

**各事業所　⇒　地域包括ケア推進室**

**第２回　地域包括ケア研修会（１月３０日開催分）**

**１月９日（木）締め切り**

本FAX送信票に必要事項を記載し「地域包括ケア推進室」までFAXしてください。

１．　所属事業所名、氏名、電話番号を記入してください。

⑴　所属事業所名

⑵　氏　　　　　　名

⑶　電　話　番　号

２．対応経験及び、取組

　　下記のそれぞれの場面での困りごと、疑問もご記入ください。

⑴　介護家族等からの虐待を疑ったときの対応経験。

⑵　ケア中の事故の対応を虐待と疑われた経験。

⑶　スピーチロック・身体拘束の防止に関する取組。

〔事務局・問い合わせ先〕

担　　当　　高齢福祉課　地域包括ケア推進室　酒井　半谷

電話番号　　０５６８－２２－１１１１内線３１４２　ﾌｧｸｼﾐﾘ０５６８－２６－４４７７