

平成 29 年 8 月 吉日

加賀市の医療・介護・福祉・行政の従事者 各位

加賀市在宅医療連携推進協議会 代表 橘 秀樹
加賀脳卒中地域連携協議会 副会長 池永 康規

【第 2 回】加賀市 コラボ研修会（ご案内）

拝啓

暮夏の候、皆様におかれましては、ますますご清栄のことと心よりお慶び申し上げます。

さて、このたびは「加賀市在宅医療連携推進協議会」および「加賀脳卒中地域連携協議会」の共催で、研修会を開催いたします。医療・介護・福祉・行政の従事者がより良い連携を図れるよう、コラボレーション研修会を企画いたしました。

ご多忙な折、誠に恐縮ではございますが、ご参加賜りますようよろしくお願い申し上げます。

つきましては、関係職員への周知及び参加についてご配慮頂きますよう、併せてお願い申し上げます。

敬具

記

1. 日 時 平成 29 年 10 月 5 日（木）19:00～20:50
2. 場 所 加賀市医療センター KMC ホール
3. テーマ 脳卒中地域連携パスを使って生活支援を考えよう
4. 対 象 加賀市の医療・介護・福祉・行政の従事者
5. 内 容
 - 1) 講義（40 分）

『FIM ってなんだ？～FIM を知れば生活が見える！～』
講師 加賀脳卒中地域連携協議会 副会長
やわたメディカルセンター 池永 康規 先生
 - 2) グループワーク（55 分）

「加賀市の地域資源を掘り起こそう！」
6. その他 出欠につきましては、平成 29 年 9 月 22 日（金）までに
別紙『FAX 送信票』にてご返信ください。

《 問 い 合 わ せ 先 》

加賀市医療センター
地域連携センター
TEL:0761-76-5132

FAX送信票

《 送 付 先 》

加賀市医療センター

地域連携センター

FAX : 0761-76-5161

加賀市 コラボ研修会 参加申し込み

1. 貴施設名、ご連絡先をお教え下さい。

| | |
|---------------------|--------------|
| 貴施設名 | |
| ご連絡先 (電話/FAX 番号) | TEL: FAX: |

2. 出席を希望される方の氏名、職種をご記入下さい。

| No | 氏 名 | 職 種 |
|----|-----|-----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

準備の都合上、平成 29 年 9 月 22 日 (金) までに、お願いいたします。