

## 『第25回 春日部市医療介護職連携研修・交流会（春コン）』

### 開催のご案内

日時・場所

令和6年11月27日(水) 19時30分～21時00分

東部地域振興ふれあい拠点施設【ふれあいキューブ】1階コンベンションホールA・B・C

※春日部駅西口より徒歩5分 ※駐車場はありませんので、公共交通機関をご利用ください。

テーマ

### 『地域包括支援センターとの連携を考えよう』

～地域づくりにおける医療介護職の役割や具体的な取り組みを考える～

《 ディスカッション内容 》

- ①地域包括支援センターとの連携、協働の現状
- ②地域づくりによる、それぞれの役割と取り組みについて



申込方法

Web・メール・FAX のいずれかでお申込みください。

⇒ 右のQRコードからWebサイトにアクセスできます。

【申込み期限】 令和6年11月22日(金)



〈定員〉  
100名程度

#### \* 注意事項 ※必ずお読みください \*

- ・当日、体調のすぐれない方（発熱等）は参加をご遠慮ください。
- ・研修会場ではマスクの着用にご協力をお願いいたします。
- ・研修会が中止となる場合は、前日までに代表者様のメールアドレスにご連絡いたします。（春進HPでもご案内いたします。）
- ・申込みが定員数を大幅に超えた場合は、職種を考慮し調整させていただきます。
- ・当日は、研修会の様子について写真やビデオ撮影を行います。撮影した写真は春日部市の医療介護連携推進事業に係るWebや啓発誌などに掲載する場合がございます。不明な点等ございましたら当日受付スタッフにお声がけください。
- ・参加費は無料です。

# 「第25回春コン」FAX申込み書

FAX 048-745-8655 締め切り: 11月22日(金)

(春日部市地域包括ケアシステム推進センター) ※お間違いがないようご注意願います。

可能な限り、右のQRコードからお申込みください。



※ 記入漏れのないようお願いいたします。

太枠内をご記入ください	
所属機関名:	
業種(介護サービス名):	電話番号(連絡先):
① 氏名(フリガナ):	② 氏名(フリガナ):
③ 氏名(フリガナ):	④ 氏名(フリガナ):

お申込みいただいた全ての方の職種を記入してください ※○を塗りつぶしてください																					
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	看護師※	助産師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	柔道整復師	鍼灸※	社会福祉士	精神福祉士	介護福祉士	ケアマネ	介護職	行政	事務※	その他
①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※看護師=准看護師含む ※鍼灸=鍼灸マッサージ師 ※事務=管理者・施設長含む



中止となった場合の連絡先として、

代表者様のお名前とメールアドレスを必ずご記入ください。

代表者氏名: (フリガナ)	メールアドレス:
------------------	----------

- ・中止となる場合は、前日までに代表者様のメールアドレスにご連絡いたします。また、春進センターホームページでもご案内いたします。
- ・個別に連絡を希望される場合は、個人でのお申込みをお願いいたします。