

令和元年度 第1回

「医療・介護連携」多職種研修会

社会福祉の捉え方と考え方  
申し込み書

FAX 41-9981

藤沢市医師会  
在宅医療支援センター

【申し込み機関名】

【所属】

・医師会 ・歯科医師会 ・薬剤師会 ・訪問看護ステーション ・地域包括支援センター  
・居宅介護支援事業所 ・施設 ・事業所 ・市民病院 ・社会福祉協議会 ・その他

【連絡先(電話番号)】

\* 修了証については、(要・不要)どちらかに○をして下さい。

申込者名	職種	修了証
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 ・ 介護職 ・ ケアマネジャー ・ 歯科衛生士 ・ 社会福祉士 ・ PT/OT ・ 事務職 ・ ソーシャルワーカー ・ 福祉用具 ・ その他( )	要 ・ 不要
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 ・ 介護職 ・ ケアマネジャー ・ 歯科衛生士 ・ 社会福祉士 ・ PT/OT ・ 事務職 ・ ソーシャルワーカー ・ 福祉用具 ・ その他( )	要 ・ 不要
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 ・ 介護職 ・ ケアマネジャー ・ 歯科衛生士 ・ 社会福祉士 ・ PT/OT ・ 事務職 ・ ソーシャルワーカー ・ 福祉用具 ・ その他( )	要 ・ 不要

事前に質問事項などがありましたら、ご記載ください。