

平成30年度 第4回

「医療・介護連携」多職種研修会  
デイサービス・ショートステイ中の医療・介護連携  
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)】

\* 修了証の必要な方は楷書で書いていただきますようお願いいたします。

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

研修内容への希望やお聞きになりたい事などがありましたら、ご記載ください。  
(記載されたところが特定できない様にまとめていただきます。)