

(公印省略)

八女筑後地区介護保険事業連絡協議会

会員各位

八女筑後地区介護保険事業連絡協議会  
介護支援専門員部会会長 高島 大介  
(八女ケア相談センター)

平成 30 年度 八女筑後地区介護保険事業連絡協議会  
介護支援専門員部会 第 2 回 全体研修会開催について

新春の候、貴事業所におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、介護支援専門員部会の第 2 回全体研修会を、八女筑後地区介護保険事業連絡協議会各専門部会合同にて、下記日時にて開催致しますので、ご案内申し上げます。

平成 30 年度診療報酬・介護報酬改定に伴い、今回の研修では「たんぼぼ先生」として在宅医療、全国のセミナー等でご活躍されている永井康徳先生より「在宅医療制度」等についてご講義頂きます。なお、多数の専門書籍を執筆されており、ベストセラー著者としても有名な先生です。

ご多忙中恐縮に存じますが、ご出欠のお返事を平成 31 年 2 月 9 日 (土) までに、別紙の FAX 送信票にて、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

記

日 時 : 平成 31 年 3 月 1 日 (金曜日) 19 時 00 分～21 時 00 分

場 所 : 八女市民会館 おりなす八女 (八女市本町 602-1)

講 師 : 医療法人ゆうの森  
理事長 永井 康徳先生

内 容 : 第 1 部知っておきたい在宅医療制度の知識  
第 2 部どうする！人生の最終段階の意思決定支援

進 行 : 介護支援専門員部会 役員

\* 講演の時間配分上、質疑応答の時間が確保できません。あらかじめご了承ください。

\* 案内状につきましては、連絡協議会合同開催に伴い、複数の部会から同じ内容の案内状が届く場合があります。あらかじめご了承ください。また、送信票につきましては、介護支援専門員部会、他部会用計 2 部作成しておりますのでお間違いの無いようご確認願います。

\* 駐車場に限りがあります。できる限り乗り合わせのうえお越してください。なお、ご不明な点などございましたら、担当：高島まで、ご一報ください。

\* 応募者多数の場合は、会場の関係上参加をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。

連絡先：医療法人柳育会 八女ケア相談センター (0943-23-7736)

【FAX送信票】（介護支援専門員部会用）

八女筑後地区介護保険事業連絡協議会 介護支援専門員部会 第2回全体研修会

送 信 先	八女ケア相談センター 高島 宛	FAX番号：0943-24-3166
		発信年月日：平成 年 月 日

(※下記のいずれかにチェックして下さい)

参加 今回不参加です

参 加 者	法人名または事業所名		
	参加介護支援専門員名	<input type="checkbox"/> 主任	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> その他
	参加介護支援専門員名	<input type="checkbox"/> 主任	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> その他
	参加介護支援専門員名	<input type="checkbox"/> 主任	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> その他
	参加介護支援専門員名	<input type="checkbox"/> 主任	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> その他
	参加介護支援専門員名	<input type="checkbox"/> 主任	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> その他
	その他参加者名 (職種： )		<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> その他
	その他参加者名 (職種： )		<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> その他

\*申し込み欄が、足りない場合には、お手数ですが、コピーしてご使用ください。

\*開催に当たり、ご意見等あれば記載をお願い致します。

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

【FAX送信票】（施設、グループホーム、訪問介護、訪問看護、通所部会用）

八女筑後地区介護保険事業連絡協議会 介護支援専門員部会 第1回全体研修会

送信先	八女ケア相談センター 高島 宛	FAX番号：0943-24-3166
		発信年月日：平成      年      月      日

(※下記のいずれかにチェックして下さい)

参加      今回不参加です

参加者	法人名または事業所名		
	参加者名		<input type="checkbox"/> 施設部会 <input type="checkbox"/> GH部会 <input type="checkbox"/> 訪問介護部会 <input type="checkbox"/> 訪問看護 リハビリ部会 <input type="checkbox"/> 通所部会
	参加者名		<input type="checkbox"/> 施設部会 <input type="checkbox"/> GH部会 <input type="checkbox"/> 訪問介護部会 <input type="checkbox"/> 訪問看護 リハビリ部会 <input type="checkbox"/> 通所部会
	参加者名		<input type="checkbox"/> 施設部会 <input type="checkbox"/> GH部会 <input type="checkbox"/> 訪問介護部会 <input type="checkbox"/> 訪問看護 リハビリ部会 <input type="checkbox"/> 通所部会
	参加者名		<input type="checkbox"/> 施設部会 <input type="checkbox"/> GH部会 <input type="checkbox"/> 訪問介護部会 <input type="checkbox"/> 訪問看護 リハビリ部会 <input type="checkbox"/> 通所部会
	その他参加者名 (職種：                                  )		<input type="checkbox"/> 施設部会 <input type="checkbox"/> GH部会 <input type="checkbox"/> 訪問介護部会 <input type="checkbox"/> 訪問看護 リハビリ部会 <input type="checkbox"/> 通所部会
	その他参加者名 (職種：                                  )		<input type="checkbox"/> 施設部会 <input type="checkbox"/> GH部会 <input type="checkbox"/> 訪問介護部会 <input type="checkbox"/> 訪問看護 リハビリ部会 <input type="checkbox"/> 通所部会

\* 申し込み欄が、足りない場合には、お手数ですが、コピーしてご使用ください。

\* 開催に当たり、ご意見等あれば記載をお願い致します。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---