

第1回各務原市在宅医療・介護連携推進事業研修会(7月11日)

参加お申込&事前アンケート回答用紙 (FAX 又はメール送付用シート)

1	メールアドレス	
2	お名前	
3	電話番号	
4	所属部会 (職域)	<input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 歯科医師会 <input type="checkbox"/> 薬剤師会 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅部会 <input type="checkbox"/> 通所部会 <input type="checkbox"/> 施設部会 <input type="checkbox"/> 訪問部会 <input type="checkbox"/> その他()

多職種連携で困ったことや気になったエピソードがあればご記入ください。

※気になったことがある職名(職種)の□にレ点チェックをつけて、下記に職名番号とそのエピソード(同じ事業所内で他の方から聞かれたお話でも良いです)をお知らせください。

5. 医師 6. 歯科医師 7. 薬剤師 8. 地域包括支援センター
9. ケアマネジャー(居宅介護支援専門員) 10. デイサービス職員(通所介護)
11. 施設職員(生活相談員・看護介護職員等) 12. 訪問介護職員(ホームヘルパー等)
13. 訪問看護職員 14. 福祉用具業者 15. その他()

職名番号()との連携で困ったことや気になったエピソード

職名番号()との連携で困ったことや気になったエピソード

職名番号()との連携で困ったことや気になったエピソード

職名番号()との連携で困ったことや気になったエピソード

職名番号()との連携で困ったことや気になったエピソード

参加お申込締切日 6月28日(金)