

『第23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 **5** 月 **15** 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

在宅医療介護における薬剤師との連携を深化させよう！
～薬剤情報を共有し患者利用者ケアの最適化に取り組もう～

《 ディスカッション内容 》

- ①薬剤師との連携、薬剤情報の共有について現状と課題を話し合おう
- ②薬剤情報をケアに活かしていくために具体策を考えよう



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。



〈定員〉
100名程度

【申込み期限】 令和6年5月13日(月)

* 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23回 春コン」 FAX 申込み書

FAX 048-745-8655 締め切り: 5月13日(月)

(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

重要

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。