小規模勉強会申込書　(兼FAX送信状)

FAX　 0157-51-1241

北見市医療・介護連携支援センター(直通)

医療系サービス活用のための出前小規模勉強会実施要項に基づき、以下の通り勉強会を申し込みます。

日付：令和　　年　　月　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | 担当者名 | |  | |
| 連絡先(電話) | |  | |
| 希望内容 | * 訪問薬剤指導等を活用した調剤薬局の活用方法とケアプランの組み込み方(薬剤師) * 訪問看護ステーションを活用した再発予防、重症化予防のための方法(訪問看護師) * リハビリテーションを活用したADL拡大、機能維持、重症化予防のための方法(理学療法士) * その他 | | | | | | |
| 応募に至る動機 |  | | | | | | |
| 開催場所 | (住所・名称・連絡先) | | | | | | |
| 開催日時 | 第1希望 | 令和　　年　　月　　日(　　　) | | | 開始時間 | | 午前・午後　　　時　　分 |
| 第2希望 | 令和　　年　　月　　日(　　　) | | | 開始時間 | | 午前・午後　　　時　　分 |
| 第3希望 | 令和　　年　　月　　日(　　　) | | | 開始時間 | | 午前・午後　　　時　　分 |
| 参加予定数 | (名) | | 使用可能機材 | | * PCパワーポイント使用可能 * スクリーンあり | | |
| その他  連絡事項 |  | | | | | | |

※センター記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催日時 |  | 講師名 |  |
| 器材 |  |  |  |