

令和元年11月5日

各介護サービス事業所 様

特定非営利活動法人
江戸川区ケアマネジャー協会
理事長 三田 友和

平成31年度 江戸川区委託研修
『第2回 在宅医療・介護連携研修』開催について(通知)

深秋の候、皆様方におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
さて、標記の通り江戸川区より受託しました研修会を開催致します。
つきましては、貴事業所職員の出席のご配慮を何卒よろしくお願い致します。

この通知は、江戸川区内の介護サービス全事業所を対象としております。
施設の各事業所内でご回覧いただくよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

- 1 開催日時 令和元年12月5日(木) 午後6時30分から午後8時30分まで
- 2 会 場 江戸川区総合文化センター 3階研修室(江戸川区中央4-14-1)

3 テーマ 「服薬について～地域の薬局との付き合い方～」

昨年は訪問服薬指導や居宅管理指導、認知症の方への服薬方法等に関してのご意見を事前に募集し研修を行いました。今回も服薬に関して、薬局や薬剤師との連携の取り方について事前にアンケートを行っています。利用者の健康を守るためには、介護に携わる方の情報や支援が大切です。そのために薬局や薬剤師とどのように連携を行うと良いのか等を中心に、アンケートの結果を盛り込みながらお話していただきます。

- 4 講 師 公益社団法人 江戸川区薬剤師会 理事
大林薬局 薬剤師 ケアマネジャー 大林 武史 氏

5 対象者 江戸川区内の介護サービス全事業所

6 定 員 180名程度

7 申し込み 申込書にて、11月28日(木)までに、FAXでお申し込みください。

※受講決定の通知は致しません。

※定員を超えた場合に調整のご連絡をさせて頂く場合があります。

※申し込み後の出席者の変更、欠席される方は、必ずご連絡ください。

(問い合わせ)江戸川区ケアマネジャー協会
電話:03-5679-1751 FAX:03-5679-1882

平成31年度 江戸川区委託研修
第2回 在宅医療・介護連携研修(12月5日) 参加申込書

〔事業所名〕 _____

〔所在地〕 _____

〔TEL〕 _____ 〔担当者名〕 _____

●参加希望者の氏名・職種をご記入ください

No.	氏名	職種
1	(フリガナ)	
2	(フリガナ)	
3	(フリガナ)	
4	(フリガナ)	
5	(フリガナ)	
6	(フリガナ)	

今回のテーマについて、講師への質問が事前にありましたらご記入ください。
(ご意見を取りまとめ、可能な限り講師にお伝え致します)

11月28日(木)までにお申し込みください

FAX(5679)1882

ファックス送信面の裏表の間違えにご注意ください