

令和6年度

第1回 在宅医療・介護連携」多職種連携研修会

ALS（筋萎縮性側索硬化症）の私が伝えたいこと

FAX 41-9981

藤沢市医師会
在宅医療支援センター

【申し込み機関名】

【所属】

医師会 歯科医師会 薬剤師会 訪問看護ステーション 地域包括支援センター 入所施設
居宅介護支援事業所 介護事業所 社会福祉協議会 その他（ ）

【連絡先】

電話番号：

申込者名

職種

修了証

(ふりがな)

医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ PT/OT
看護職 ・ 歯科衛生士 ・ ケアマネジャー
介護職 ・ 社会福祉士 ・ ソーシャルワーカー
事務職 ・ 福祉用具
その他（ ）

要 ・ 不要

(ふりがな)

医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ PT/OT
看護職 ・ 歯科衛生士 ・ ケアマネジャー
介護職 ・ 社会福祉士 ・ ソーシャルワーカー
事務職 ・ 福祉用具
その他（ ）

要 ・ 不要

(ふりがな)

医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ PT/OT
看護職 ・ 歯科衛生士 ・ ケアマネジャー
介護職 ・ 社会福祉士 ・ ソーシャルワーカー
事務職 ・ 福祉用具
その他（ ）

要 ・ 不要

事前に質問事項などがありましたら、ご記載ください。講演会の中でお話いただきます。