

2017 年 12 月 18 日

関 係 各 位

一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会
会 長 木 川 幸 一
(公 印 略)

2017 年度「老健ソーシャルワークセミナー」の開催について
(協 力 一般社団法人 北海道老人保健施設協議会)
<介護老人保健施設 支援相談員対象 研修会>

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます

平素より当協会の活動にご支援ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、一般社団法人北海道老人保健施設協議会様のご協力をえて、標題研修会を下記の通りに開催いたします。

本セミナーは、平成 30 年度に控える介護報酬・診療報酬のダブル改定と地域包括ケアと位置付けられる老人保健施設においての今後求められる支援相談員の役割について、講義とグループワークにより学び・深めることができることを目的に開催いたします。

多くの支援相談員の方のご参加をお待ちしております。

敬具

記

1. テーマ：「地域ニーズと時代をキャッチする」
～ダブル改定を見据え、地域における医療機関のニーズを知ろう～
※別紙にて内容詳細をご参照ください。
2. 開催日時 2018 年 2 月 3 日 (土) 受付 13:00 13:30～17:00 (終了後、懇親会あり)
3. 会 場 株式会社ムトウ 札幌本社 6 階会議室
住所：札幌市北区北 11 条西 4 丁目 1 番地
4. 対 象 者 北海道内の介護老人保健施設の支援相談員 50 名 (先着順で定員になり次第、締切)
※申し込み締め切り 1 月 26 日 (金) ※別紙参加申込書にてお申し込みください。
5. 参 加 費 当協会会員 3,000 円、非会員 5,000 円
※当日受付にてお支払ください。 ※懇親会費は 3,500 円程度 (別途) 予定しています。
6. そ の 他 本研修会は認定医療社会福祉士履修ポイント 4 ポイント

以上

(連絡先) 一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会
研修部 沖 隆一 (天使病院)

T E L 011-711-0101 (病院代表電話) メール oki@hmsw.info

老健施設ソーシャルワークセミナー 参加申込書 (2018年2月3日 開催)

【申込先】 北海道医療ソーシャルワーカー協会 事務所 行

F A X 011 - 563 - 7229

参加資格	北海道医療ソーシャルワーカー協会 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 ※該当箇所 <input checked="" type="checkbox"/>
氏名 (ふりがな)	()
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
経験年数	年 ※ソーシャルワーカーとしての経験年数
所属機関名 (部署名)	
住所	〒
電話	
F A X 番号	
懇親会	<input type="checkbox"/> 参加 (会費 3,500 円を予定、会場は当日お知らせします。) <input type="checkbox"/> 不参加
連絡事項	【事前アンケート】：「医療機関との連携 (受入) について課題と感じていること・取り組んでいること」をご記載ください。

※ 記入漏れがないようにお願いします。

※ 本参加申込書は本研修会の人数把握・グループワーク等で使用し、それ以外の目的では使用いたしません。

※ 本参加申込書の受理後、事務局より下記の必要事項を記載し返信の F A X を致します。当日は本用紙を持参ください。

《事務局記載欄》

・ _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 参加申込を受理しました。

・ 参加受付番号は《 _____ 》番です。

・ 参加費は次の通りです 当協会会員 3,000円 当協会非会員 5,000円

・ 懇親会のお申込み(会費 3,500円)を 参加 不参加 にて承りました。

事務所 担当	
-----------	--