一社道医ソ協発第18-84号

2018年10月5日

各病院・施設長殿

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）

　　　　　　　2018年度 　「身元保証と退院支援」研修の開催について

謹啓　時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

また、日頃より、医療福祉の推進並びに当協会の活動に関しまして、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

　さて、この度「身元保証と退院支援」をテーマとした研修会を、下記のとおり開催することとなり　　　ました。

つきましては、ご多忙中とは存じますが、貴施設所属の職員の参加につきまして、格別のご配慮を賜りたくお願い申し上げます。

敬具

記

【テーマ】　　　「身元保証と退院支援　～明日から始める権利擁護～」

【日　　　時】　　　2018年11月10日（土）　14：00～17：00

【会　　　場】　　　NTT東日本札幌病院　外来棟3階　会議室

札幌市中央区南1条西15丁目

【講　　　　義】　　 上田　学氏（新さっぽろ脳神経外科病院）

【実践報告】　　 目黒　紀美代氏（社会福祉士事務所　空）

　　　　　　　 　　中央B支部より1名

【対　象　者】　　　医療ソーシャルワーカー、興味のある医療・福祉・介護職

【定　　　員】　　　50名

【参　加　費】　　　会員2,000円、非会員3,000円

|  |
| --- |
| 【問い合わせ先】  一般社団法人　北海道医療ソーシャルワーカー協会  中央B支部　研修担当　　山田　悠平  ≪電話≫　北成病院　　011-764-3021 |

一社道医ソ協発第18-85号

2018年10月5日

会員　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）

　　　　　　　　2018年度 　「身元保証と退院支援」研修の開催について

謹啓　時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

また、日頃より、医療福祉の推進並びに当協会の活動に関しまして、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

　さて、この度「身元保証と退院支援」をテーマとした研修会を、下記のとおり開催することとなり　　　ました。

つきましては、ご多忙中とは存じますが、皆様方のご参加をよろしくお願いいたします。

敬具

記

【テーマ】　　　「身元保証と退院支援　～明日から始める権利擁護～」

【日　　　時】　　　2018年11月10日（土）　14：00～17：00

　　　　　　　　　　　※終了後、会場付近で17:30頃から2時間程度懇親会を開催予定です。皆さんで楽しく過ごしましょう。奮ってご参加下さい。

【会　　　場】　　　NTT東日本札幌病院　外来棟3階　会議室

札幌市中央区南1条西15丁目

※駐車場あり。認証後200円となります。

【講　　　　義】　　 上田　学氏（新さっぽろ脳神経外科病院）

【実践報告】　 　　目黒　紀美代氏（社会福祉士事務所　空）

　　　　　　　 　　　中央B支部より1名

【対　象　者】　　　医療ソーシャルワーカー、興味のある医療・福祉・介護職

【定　　　員】　　　50名

【参　加　費】　　　会員2,000円、非会員3,000円

|  |
| --- |
| 【問い合わせ先】  一般社団法人　北海道医療ソーシャルワーカー協会  中央B支部　研修担当　　山田　悠平  ≪電話≫　北成病院　　011-764-3021 |

☆研修申し込み方法☆

（一社）北海道医療ソーシャルワーカー協会ホームページ研修申込ページ、若しくはFAXで　　　　お申込ください。

**・https://www.hmsw.info/seminar**

**・送付先FAX：０１１―５６３－７２２９**

**（一社）北海道医療ソーシャルワーカー協会事務所**

申し込み締切：2018年10月26日（金）

【お問い合せ】中央B支部研修担当　　山田　悠平　≪電話≫北成病院　011-764-3021

**2018年度　身元保証と退院支援　受　講　申　込 書**

**あわせて会終了後の懇親会に参加しませんか？(会場付近で調整します。)**

**参　　加　　・　　欠　　席**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員資格 | □北海道医療ソーシャルワーカー協会会員(准会員・賛助会員含む)  □非会員　⇒入会に御興味があれば御説明致します。　　希望する　・　希望しない | | | | |
| ふりがな  氏 名 |  | | | 性  別 | 男　　・　　女 |
| 所属機関名  （部署名） |  | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | |
| 電 話 | ( 　 ) 　 － | ＦＡＸ | ( 　 ) 　－ | | |
| Eメールアドレス：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | | | | |

本実践講座へ参加しようと思ったきっかけ（受講動機）をお聞かせ下さい。

|  |
| --- |
|  |