参 加 申 込 み 用 紙

多職種間連携教育　模擬カンファレンス　～公開担当者会議～

日　時　：　平成26年3月1日（土）10：00～11：40

会　場　：　グランドホテル浜松　鳳（東）

対　象　：　在宅医療に関わる医療福祉従事者

※大会への参加登録が必要です。職種ごとに定員を決めさせていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 |  |
| 所 属 |  |
| 職 種 | 1.医師　2.歯科医師　3.看護師　4.薬剤師 5.リハビリ(PT・OT・ST)　6. MSW  7.ケアマネジャー　8.介護員・介護福祉士　9.栄養士　10.鍼灸マッサージ師  11.その他（　　　　 　　　　　　　） |
| 勤務先 | 1.病院　2.診療所　3.訪問看護ステーション　4.保険薬局　5.施設  6.居宅介護支援事業所　7.ヘルパー事業所　8.地域包括支援センター  9.鍼灸院　10.その他（　　　 　　　　　　　　） |
| TEL | （　　　　　　　）　　　　　－ |
| FAX | （　　　　　　　）　　　　　－ |
| メール  アドレス | ＠ |

申込締切：2014年2月20日（木）

お申込み先：第16回日本在宅医学会大会事務局

E-mail：zaitaku16@umin.ac.jp　またはFAX：053-416-2001