

平成 30 年 11 月 1 日

一般社団法人
山形県理学療法士会 会長 様

一般社団法人山形県介護支援専門員協会
会 長 佐藤裕邦

山形地区支部長 丹野克子



顔の見える連携強化のための多職種交流学習会
開催および参加ご協力をお願い

晩秋の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本会山形地区支部では、介護保険制度の利用者の支援に関わる専門職等の皆様との連携・協働をより一層強化することを目的に、下記の概要で交流学習会の開催を予定しております。つきましては、趣旨をご理解いただき、貴会員の皆様にご周知いただきますようお願い申し上げます。また、ご多忙の折とは存じますが貴会会員の方のご参加に関してご高配を賜りますようお願い申し上げます。具体的には、貴会より、できるだけ 5 名以上の会員のご参加をお願いいたたく、ご協力をお願いいたします。なお、本依頼は一般社団法人山形県介護支援専門員協会の団体推薦理事がご所属の 14 の団体様に送付いたしております。また、交流学習会のご案内およびお申込書は、別紙添付いたします。

記

交流会名：顔の見える連携強化のための多職種交流学習会

概 要：地域の専門職等が集い、事例を用いたワークショップを行い、職種間の顔の見える関係を深めていきます。

期 日：平成 30 年 12 月 17 日（月）19 時～20 時 30 分

場 所：山形国際交流プラザ（山形ビッグウィング）4 階中会議室
（山形市平久保 100 番地）

対 象：・本状送付先団体様の会員で、本会山形地区支部地域（下記）内居住の介護保険利用者にサービスを提供している専門職。または、ケアマネジャーと連携している病院・施設・事業所等の専門職。
・本会山形地区支部地域は、山形市、上山市、天童市、山辺町、中山町の 3 市 2 町です。
・参加いただく専門職ご自身の居住地、および病院・施設や事業所の所在地は問いません。

お申込み：別紙のご案内・お申込書をご覧ください。

後 援：山形市

問い合わせ先：

山形地区支部長 丹野克子（所属：山形県立保健医療大学）

電話・FAX：023-686-6619、 E-mail：ktanno@yachts.ac.jp

平成30年11月1日

専門職団体会員各位
専門職各位

一般社団法人山形県介護支援専門員協会
山形地区支部長 丹野克子



「顔の見える連携強化のための多職種交流学習会」のご案内

〈日時〉 平成30年12月17日(月)19時～20時30分(受付開始18時30分～)

〈場所〉 山形国際交流プラザ(山形ビッグウイング)4階中会議室

住所:山形市平久保100番地

〈内容〉

～ワールドカフェスタイルで交流し合いませんか～
介護支援専門員(ケアマネジャー)、および介護保険利用者にサービスを提供している専門職の方々が集い、利用者支援をテーマにワークショップを行う交流会を企画しました。
職種ごとの視点や支援内容の理解のために自由に意見を言い合う機会にしたいと考えています。
この機会に、多職種*との顔の見える関係を深めませんか。

※多職種の詳細は下記をご参照ください。

〈対象者〉 ・介護支援専門員(ケアマネジャー)
・山形地区支部地域(山形市、上山市、天童市、山辺町、中山町の3市2町)内居住の介護保険利用者にサービスを提供している専門職。
・上記地区のケアマネジャーと連携している病院・施設・事業所等の専門職。

〈持ち物〉 名刺とお飲み物を各自ご準備ください。
お菓子を用意させていただきます。



〈研修会参加費〉 500円

〈お申込み〉

ご出席の方は申し込み書にご記入のうえ、12月3日(月)までに
FAXで666-6566にお申し込みください。(受信確認のお返事はいたしません。)

〈後援〉 山形市

参加を依頼している専門職団体様(50音順)

山形県介護支援専門員協会の団体推薦理事所属の専門職団体をお願いしております。
医師会・栄養士会・介護福祉士会・看護協会・言語聴覚士会・作業療法士会・歯科医師会・
歯科衛生士会・社会福祉士会・柔道整復師会・精神保健福祉士会・鍼灸マッサージ師会・
薬剤師会・理学療法士会

問い合わせ先 山形地区支部長 丹野克子 電話 686-6619
(所属:山形県立保健医療大学 丹野研究室内)

「顔の見える連携強化のための多職種交流学習会」

参加申し込み書 FAX:666-6566
 申し込み先担当 吉田(山形地区支部役員)
 申し込み期日:12月3日(月)

【送信者】(送信者をご参加の際には、下記【参加者】欄にもご記入ください)		
送信者氏名	所属	連絡先※

※定員超過または当日の急な連絡の際に使用いたしますので、連絡先をご記入ください。

【参加者】		
参加者氏名	所属	専門職種類(下記より該当する番号ひとつを選択してご記入ください。複数の職種に該当する方は、主として職業としているものを選択してください。)

専門職の種類(50音順)

1. 医師 2. 栄養士(管理栄養士) 3. 介護福祉士
4. 看護職 5. 言語聴覚士 6. 作業療法士
7. 歯科医師 8. 歯科衛生士 9. 社会福祉士
10. 柔道整復師 11. 精神保健福祉士
12. 鍼灸マッサージ師 13. 薬剤師 14. 理学療法士
15. その他(枠内に職種をご記入ください)

