

各 位

2010年2月吉日
札幌市療養病床協会
会 長 中 川 翼

「2009年度入院相談担当者懇談会」の開催について

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、当協会の運営について多大なるご理解を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、「入院相談担当者懇談会」を下記の日程・内容を予定し開催したく存じます。

つきましては、会食会場との都合がありますので、2月19日(金)までに別紙にて事務局までFaxにて申込みくださいますようお願いいたします。

記

《入院相談者懇談会内容》

日 時 : 2010年3月17日(水) 18:30~20:30

終了後会場近隣で会食会を予定しています。

会食会場名は申込み後、ご案内いたします。

場 所 : 札幌エルプラザ(札幌市北区北8条西3丁目)4階大研修室A・B

内 容 : 講演 『療養病床へ望むこと』(仮)

講 師 札幌医科大学付属病院

地域医療連携室 師長 高橋 由美子 氏

『療養病床における連携活動』(仮)

事前アンケートの希望によって、詳細を検討します。グループワーク
やミニシンポジウム形式などを予定しています。

懇談・会食会(別会場を予定)

(進行の具合によっては、会食会場で懇談を行います。)

参加費 : お1人 2000円を予定しております。

会食会費を含みます。

当日会場で徴収させていただきます。

その他 : 会食会場、参加費については申込みがあった方へご連絡いたします。

当事業に関するお問い合わせ、送付先

札幌市療養病床協会 事務局

医療法人溪仁会 定山溪病院

医療福祉課 菊地 攻

Tel 598-3214 Fax 598-3385

E m a i l : kikuchi-o@kejinkai.or.jp

送 付 先

札幌市療養病床協会 事務局

医療法人溪仁会 定山溪病院 医療福祉課 菊地 攻

「2009年度入院相談担当者懇談会」申込み用紙

病 院 名 : _____

参加者予定数 : _____

予定参加者名 : _____ (職種) 会食会 ()

_____ (職種) 会食会 ()

_____ (職種) 会食会 ()

_____ (職種) 会食会 ()

_____ (職種) 会食会 ()

_____ (職種) 会食会 ()

会食会参加の方は を、不参加の方は×を記載ください ▲

内容に希望があればお書きください。

以 上

事前アンケート回答についてもよろしくお願いたします。

多数参加者がいる場合は、コピーで対応願います。

アンケート提出の際、データーでアンケート用紙を必要とされる方は

菊地 (kikuchi-o@keijinkai.or.jp) まで連絡ください。