

「介護支援専門員質の向上研修」 高齢者の終末期医療 ～医療連携と意思決定支援～

介護支援専門員の仕事をしていく上で、終末期の支援で医療従事者との連携や本人の意思確認に悩んだことはありませんか？

愛知県社会福祉士会では、そんなあなたの力になれるよう次のような研修を企画しました。

1. 開催日時と場所

日時 2017年10月22日(日)

13時30分～16時30分(受付13:00)

会場 名古屋市総合社会福祉会館 7階 研修室(名古屋市北区清水4丁目17-1 地図裏面)

定員 40名(先着順)

2. 研修内容(予定)

高齢者の終末期医療

～医療連携と意思決定支援～

講師: 野村秀樹氏

あいち診療所野並 院長

3. 受講料

2,000円(社会福祉士会員1,000円)

4. 申込方法 FAX: 052-202-3006

申込(入金)締め切り10月12日(木)

- ① 裏面の「受講申込書」に必要事項を記入の上、FAXでお申込下さい。お申込後、お早目に下記銀行口座へ受講料をお振込下さい。(申込・入金ともに10月12日(木)締め切り)
- ② 一旦お振込いただいた受講料は、定員超過の場合以外は返金できませんのでご了承下さい。
- ③ 振込手数料については受講者のご負担でお願いいたします。
- ④ 職場からの振込になる場合、別紙受講申込書の振込名義の欄に必ずチェックをつけてください。

《受講料振込先》 金融機関名: 三菱東京UFJ銀行 鶴舞支店(店番 267)

口座番号: 普通 3638473

口座名義: 一般社団法人 愛知県社会福祉士会



※締め切り後、受講者には郵送で受講証をお送りいたします。

※申込受付完了の通知は致しません。受講証の発送にて受付完了を兼ねることとします。

※郵便事情等により遅れる場合もあります。ご確認が必要な場合はお手数ですが本会までご連絡下さい。

※申込時、すでに定員に達していた場合のみ本会からご連絡申し上げます。

FAX 052-202-3006

(FAX番号のお間違えのないようお気をつけください)

介護支援専門員質の向上研修 受講申込書

ご自宅住所	〒 ー		
(ふりがな)		主な保有資格	
氏名			
ご連絡先電話番号	職場 自宅	FAX	(職場・自宅)
所属		社会福祉士会 会員番号 No.	
振込名義	会社名 ・ 個人名	受講料支払予定日 (月 日)	

※処理欄 (受付日 /) (No.)

◆ 会場案内図

地下鉄:名城線「黒川」下車 徒歩 5分
市バス:「北区役所」下車 徒歩すぐ、「黒川」下車 徒歩 5分
黒川交差点 南 300メートル

※公共交通機関での来場にご協力ください。

◆ お問い合わせ先

一般社団法人愛知県社会福祉士会 事務局
〒460-0001 名古屋市中区三の丸一丁目7番2号 桜華会館 南館
TEL: 052-202-3005 FAX: 052-202-3006
<電話対応時間> 平日 10:00~17:00