

平成28年11月 日

〇〇
〇〇 〇〇 様函館市医療・介護連携推進協議会
多職種連携研修作業部会 部会長 酒本 清一函館市医療・介護連携支援センター準備室
函館市医師会病院事務部長 伊藤 正純

「第2回 函館市医療・介護連携多職種研修会」の開催について（参加者推薦依頼）

貴会におきましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、当協議会では、函館市医療・介護連携支援センター準備室と共催で、多職種の皆様を対象とした、別紙研修概要書の内容で研修会を開催することといたしました。

本研修会につきまして、貴会会員の皆様にも是非ご参加を賜りたく、参加者の推薦をお願い申し上げます。なお、参加者の職種バランスを考慮し、現在のところ〇〇名を定員（※）として参加を受け付けております。

※ 目安として設定させていただきましたが、他団体からの参加者の状況も確認しながら、参加人員数については柔軟に対応させていただきますので、まずは参加希望をお取りまとめいただければ幸いです。

なお、会場の都合により後日参加者の人数を調整させていただく場合もございますのでご了承ください。

※ 会場の駐車スペースには限りがございます。公共の交通機関等ご利用していただきますようお願いいたします。

ご多用の折に大変ご迷惑をおかけしますが、同封の参加申し込み用紙にて、平成29年〇月〇日（〇）までにご連絡をお願いいたします。

[お問い合わせ先]

函館市医師会病院内

函館市医療・介護連携支援センター準備室 担当：高柳，川村，佐藤，長谷川

Mail：ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

電話：43-3939 FAX：43-1199

函館市医療・介護連携支援センター宛
(FAX 0138-43-1199)

第2回函館市医療・介護連携多職種研修会 事前質問表

(平成28年〇月〇日締め切り)

函館市医療・介護連携支援センターの業務内容などについて、ご意見・ご質問がございましたら、ご自由にお書きください。

《 ご意見・ご質問内容 》

* 1枚に複数ご記入して頂いても結構です。

【施設名】

【記入者】

【職 種】

【TEL/FAX】