

平成30年1月11日

関係各位

長崎県難病医療連絡協議会  
(長崎県難病支援ネットワーク)  
会長 松尾秀徳  
(公印省略)

### 平成29年度難病従事者研修会開催のご案内

新春の候、貴社ますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。  
平素より、難病医療にご協力いただき、厚くお礼申し上げます。  
下記の通りコミュニケーションの支援体制構築を目指して、難病従事者研修会を開催いたします。  
多数の方にご参加いただきますようご案内申し上げます。

#### 記

1. 日 時 平成30年2月18日(日) 14:00～16:00  
(13:30～受け付け)
2. 場 所 長崎北病院  
(西彼杵郡時津町元村郷800)
3. 内 容
  - ① 「長崎県難病医療連絡協議会のコミュニケーション支援の取り組み」  
講師：長崎県難病医療連絡協議会 難病医療専門員 田原雅子  
14:00～14:15
  - ② 「連絡手段の獲得を目的に、早期から種々のコミュニケーション機器を提供した事例」  
講師：長崎北病院 作業療法士 川上凌平  
14:15～14:30
  - ③ ディスカッション(グループワーク)  
各自が抱えているコミュニケーション支援について  
14:30～16:00
4. 対 象 者  
長崎県難病支援ネットワーク基幹病院、協力病院、訪問看護ステーション  
居宅介護支援事業所、訪問介護事業所など在宅療養に従事する職員 約60名

#### 5. お申込み先及びお問い合わせ先

お申込みは、別紙 参加申込書をFAXまたは郵送で送付して下さい。

〒859-3615 長崎県東彼杵郡川棚町下組郷2005-1

長崎県難病医療連絡協議会 担当：田原雅子

TEL：0956-20-6226 FAX：0956-20-6234

別紙 参加申込書

長崎県難病医療連絡協議会（田原）行き F A X （ 0 9 5 6 - 2 0 - 6 2 3 4 ）

H29 年度 難病従事者研修会参加申込書

事業所名： \_\_\_\_\_

代表（担当）者氏名： \_\_\_\_\_

連絡先： 電話 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

	ふりがな 氏 名	資格・免許 (例：看護師、介護福祉士 ヘルパー2級など)
1		
2		
3		
4		
5		

\*お聞きしたいことなどがあれば、ご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

準備の都合上、平成 30 年 2 月 6 日（火曜日）までに F A X または郵送をお願いします。

\*申し込み多数の場合は、人数調整をお願いする場合がありますのでご了承下さい。