

平成 27 年 5 月 25 日

関係機関 各位

十和田市立中央病院

院長 丹野 弘晃

第 1 回・第 2 回在宅リハビリテーション研修会開催について

平素から当院の運営に関し、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当院では地域の多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指しております。その取り組みの一環として、在宅リハビリテーション研修会を開催することとなりました。

つきましてはご多忙中とは存じますが、リハビリテーション従事者・医療・福祉・介護従事者の方々に、ご参加くださるようご案内申し上げます。また、各関係機関等への周知につきましてもご配慮いただきますようお願い致します。

記

1. 日 時：第 1 回 平成 27 年 7 月 6 日 (月) 17:30～18:15

第 2 回 平成 27 年 7 月 7 日 (火) 17:30～18:15

※ 第 1 回、第 2 回とも同じ研修内容となっています。

2. 内 容：「 **関節可動域運動について 基礎編** 」※講義及び実技

3. 講 師： 十和田市立中央病院 理学療法士 清水涼子 木村将大 十文字明香
作業療法士 新谷亨

3. 場 所：十和田市立中央病院 本館 2 階リハビリ室

4. 対 象：当圏域の介護・医療関係者機関の従事者及びリハビリ関係者

第 1 回・第 2 回とも各 10 名程度

※日頃、手足の動かし方に不安や悩みをお持ちの方など気軽にご参加ください。

5. 参加費：無 料

6. 申込方法：別紙の参加申込書を FAX にて送信して下さい。※締め切り 6 月 30 日(火)

問合せ先：十和田市立中央病院リハビリテーション科 清水

電 話 0176-23-5121(内線 2283)

F A X 0176-23-2999

Email：<http://www.hp-chuou-towada.towada.aomori.jp>

送信先：十和田市立中央病院リハビリテーション科 清水
FAX 0176-21-1215

送信日 平成27年 月 日

平成27年度在宅リハビリテーション研修会
(第1回・第2回関節可動域運動実施 基礎編)
参加申込書

○送信者 施設名： _____
住所：〒 _____
Fax 番号： _____
Tel 番号： _____
e-mail： _____
担当者名： _____

○参加希望日 参加を希望する日に○をお願いします。
第1回 7月6日(月) 第2回 7月7日(火)
※備考欄に参加希望日をご記入下さい。

○参加申込者

	所属	職名	職種	氏名	備考
例	リハビリテーション科	主任看護師	看護師	と お だ は な こ 十和田 花子	7月6日
1					
2					
3					

日頃、お悩みの点などありましたら、お願いします

平成 27 年 5 月 25 日

関係機関 各位

十和田市立中央病院

院長 丹野 弘晃

第3回在宅リハビリテーション研修会開催について

平素から当院の運営に関し、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当院では地域の多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指しております。その取り組みの一環として、在宅リハビリテーション研修会を開催することとなりました。

つきましてはご多忙中とは存じますが、リハビリテーション従事者・医療・福祉・介護従事者の方々に、ご参加くださるようご案内申し上げます。また、各関係機関等への周知につきましてもご配慮いただきますようお願い致します。

記

1. 日 時： 第3回 平成27年7月29日（水） 17:30～18:30

2. 内 容：「 口腔ケア実技研修会 基礎編 」※講義及び実技

3. 講 師： 十和田市立中央病院 歯科衛生士 大木はるみ先生 水尻文子先生

4. 場 所： 十和田市立中央病院 本館2階リハビリ室

5. 対 象： 上十三圏域の介護・医療関係者機関の従事者及びリハビリ関係者
20名

※日頃、口腔ケアについての不安や悩みをお持ちの方など気軽にご参加ください。

※定員になり次第締め切らせていただきます。

募集定員になりましたら、ホームページに掲載いたします。

6. 参加費：無 料

7. 申込方法：別紙の参加申込書を FAX にて送信して下さい。※締め切り 7月21日(水)

問合せ先：十和田市立中央病院リハビリテーション科 清水

電 話 0176-23-5121(内線 2283)

F A X 0176-23-2999

e-mail：<http://www.hp-chuou-towada.towada.aomori.jp>

送信先：十和田市立中央病院リハビリテーション科 清水
FAX 0176-21-1215

送信日 平成27年 月 日

平成27年度在宅リハビリテーション研修会
(第3回口腔ケア実技研修会 基礎編)
参加申込書

○送信者 施設名： _____
住所：〒 _____
Fax 番号： _____
Tel 番号： _____
e-mail： _____
担当者名： _____

○参加申込者

	所属	職名	職種	氏名	備考
例	リハビリテーション科	主任看護師	看護師	とわだ はなこ 十和田 花子	
1					
2					
3					

日頃、お悩みの点などありましたら、お願いします

