

平成 31 年 2 月 吉日

各 位

NPO法人介護支援専門員協会鹿児島

会長 新地 一浩

<公印省略>

平成 30 年度NPO法人介護支援専門員協会鹿児島
第 3 回居宅委員会 主催 研修会開催について (ご案内)

時下 会員の皆様方におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素より、本会の事業推進につきましては、格別のご高配を賜りまして深謝申し上げます。
さて標記研修会を下記により開催することになりました。

つきましては、別紙「研修会参加申込書」に必要事項をご記入の上、3月8日(金)迄に、
下記事務局へFAX送信にてお申込下さい。

記

1. 日時 : 平成 31 年 3 月 15 日 (金) 研修 14:00~17:00 (受付 13:30~)
2. 場所 : サンプラザ天文館 7 階 ホール
(鹿児島市東千石町 2 - 30)
3. 研修内容 : テーマ 「多剤・重複投薬や残薬解消に向けた連携」
サブテーマ ~ “患者のための薬局ビジョン推進事業” の活用~
講師 : 公益社団法人 鹿児島県薬剤師会 (未定)

*事前に質問がありましたら別紙にご記入ください。

4. 募集人数 120 名 *先着順となっておりますのでお早めにお申し込みください。
*参加申込後のキャンセルは必ず事務局までご一報ください。

5. 参加費 支部会員 500円 (会費納入済みの方)
他支部会員 2,000円 非会員 3,500円

6. 締め切り 平成 31 年 3 月 8 日 (金)

*追伸 ①今年度の会費納入がお済みでない方は、会費完納の上、ご参加ください。非会員
の方も受講できますが、この機会にぜひ当協会会員へ入会をご検討ください。

②今回の研修会も、「パンフレット用ブース」を設置致します。

ご自由に展示出来ますので、広報活動等にご活用ください。

【申し込み・問合せ先】

NPO 法人 介護支援専門員協会鹿児島

(事務局：有限会社ウェルフェア内)

担当：佐藤

TEL：099-286-0702

FAX：099-286-0703

3/15 研修会
参加申込書

*下記の氏名の横に参加希望の日にちに○を付けてください。

*居宅ケアマネ ・ 施設ケアマネ
(どちらかに○を付けてください!)

事業所名 : _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____ (事業所・自宅)

| 氏 名 | 鹿児島支部 会員番号 |
|-----|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

申込締切 : 3/8日(金)まで

注) 参加申込み後、研修会に参加出来なくなった方は必ず事務局まで
ご一報下さいますよう、ご協力よろしくお願い申し上げます。また
日程の変更には応じませんのでご理解の程、よろしくお願い致します。

※ ご質問・ご意見等ございましたらご記入下さい。

NPO 法人 介護支援専門員協会鹿児島
(事務局：有限会社ウェルフェア内)
担当：佐藤

FAX : 099-286-0703