

令和 5 年 6 月 6 日

一般社団法人東京都老人保健施設協会
会 員 各 位

一般社団法人東京都老人保健施設協会
会 長 平川 博之 (公印省略)

「令和 5 年度東京都入退院時連携強化研修」受講者募集のご案内
(都老健事務局申し込み締め切り：6月26日)

平素より当協会の事業に対しましては格別のご支援ご協力を賜り心より厚く御礼申し上げます。
さて、この度、東京都看護協会が東京都から委託を受けた「令和 5 年度東京都入退院時連携強化研修」の受講者募集の案内が別紙のとおり本協会宛に届きました。

この研修は、病院の入退院支援者と地域の医療・介護関係者を対象とした研修で、病院入退院支援担当者と在宅療養を支える地域の医療・介護関係者が合同で事例検討を行う多職種連携・協働につなげるためのプログラムです。

老健施設の在宅支援機能を地域の医療・介護関係者に知ってもらおうと共に、老健からの参加者にとっても、地域の医療・介護関係者と交流するまたとない機会となります。つきましては、施設の支援相談員、介護支援専門員、看護師等の方々から、奮って参加申込をして頂きますようご案内申し上げます。各職種の管理職または指導職で未受講の方はぜひこの機会にお申し込みください。なお、当協会から東京都看護協会への推薦事務手続きの関係上、誠に恐縮ですが、事務局への申し込み締め切りを6月26日(月)とさせていただきます。

申込を希望される方は、下記の申込書を6月26日(月)までにFAXをお送りください。

また、各1日目はオンライン、各2日目は外部会場での研修となります。1日目では、インターネット環境等の都合により、施設内での受講ができない場合は、受講者宅等での受講を許可いただくとともに、業務上の研修として取扱いをいただくよう管理者様におかれましてはご配慮をお願い申し上げます。

※研修会はA、B、Cの、3つの日程(同一テーマ)があり、1日目(9時30分～16時)、2日目(9時半～16時)の2日間です。各日程とも定員が20名なので、第1希望～第3希望までを必ず記載していただきますようお願い致します。推薦が決定次第、受講申込書をお送り致します。

・・・・・・・・ 受 講 申 込 書 ・・・・・・・・

施設名 _____ TEL: _____

所属及び職責 _____ 受講希望者氏名 _____

A 日程から C 日程までの研修日程の第 1 希望から第 3 希望まで必ず○をつけてください。

日 程	時 間	A 日程	B 日程	C 日程
1 日目	9:30～16:00	R5.9.28 (木)	R5.10.31 (火)	R5.12.1 (金)
2 日目	9:30～16:00	R5.10.2 (月)	R5.11.2 (木)	R5.12.12 (火)
右に必ず第3希望まで○をしてください		第 1・2・3	第 1・2・3	第 1・2・3

FAX 送付先： 03-6380-4371 東京都老人保健施設協会 行