



FAX

地域医療連携室 行き

0120-13-9215

# 第1回泉北在宅療養連携フォーラム 参加申込書

(2009年3月14日(土)開催 於：ベルランド看護助産専門学校)

所属機関： <input type="checkbox"/>	所属機関連絡先 <input type="checkbox"/> tel:
所属機関住所： <input type="checkbox"/>	fax: <input type="checkbox"/>
出席者氏名： <input type="checkbox"/> (職種：医師・看護師・薬剤師・PT・OT・ST・MSW・栄養士・ケアマネ・介護士・事務・他( ))	
出席者氏名： <input type="checkbox"/> (職種：医師・看護師・薬剤師・PT・OT・ST・MSW・栄養士・ケアマネ・介護士・事務・他( ))	
出席者氏名： <input type="checkbox"/> (職種：医師・看護師・薬剤師・PT・OT・ST・MSW・栄養士・ケアマネ・介護士・事務・他( ))	

\* 今回のフォーラムでは参加者名簿を作成し、会場にて配布いたします。

掲載を**希望されない部分**がございましたら、各記載欄の最後にある口をチェックをお入れください。皆様のご協力をお願い申し上げます。

なお、お預かりしました所属機関および参加者の情報は、本フォーラムの記録、次回案内以外には使用致しません。



## 第1回泉北在宅療養連携フォーラム パンフレットブース参加申込書

本フォーラムでは各事業所のパンフレットを展示・配布いただけるパンフレットブースを設けております。ご希望の事業所は、当日パンフレットをご持参ください。また、貴事業書名のほか特色を書いた札を事務局で作成しますので、希望される事業所は以下にお答えください。

### 1. 実施している在宅サービスの番号と特色に○をお付けください

1. 医療機関 (外来・訪問診療・往診・24時間在宅支援)
2. 訪問看護 (土曜日対応・日曜日対応・祝日対応・夜間対応・24時間対応)
3. 訪問リハビリ (介護保険対応・医療保険対応・土曜日対応・日曜日対応・祝日対応)
4. 居宅療養管理指導 (医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士)
5. 訪問介護 (土曜日対応・日曜日対応・祝日対応・夜間対応)
6. 訪問入浴介護 (土曜日対応・日曜日対応・祝日対応)
7. デイ・ショート (デイサービス・デイケア・ショートステイ)
8. 福祉用具 (貸与・販売)
9. 居宅介護支援 (要介護支援・予防支援)

### 2. 在宅サービスの対応エリア (例：堺市〇区・〇区・和泉市など)

### 3. 一言 PR