**記 入 例**

**地域包括ケア強化に係る研修会・講演会等　情報提供様式（１枚／１枚）**

　貴団体における地域包括ケア強化に係る取組のうち、他の地域などからも広く参加や受講が可能な研修会等について、該当がありましたら情報提供してください。

 [団体名：○○○○○○○○○]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 研修会等の概要 | 研修会等の概要 |
| 研修会等名称 | 医療・介護連携多職種研修会 | ＡＣＰ普及啓発講演会「□□□□□□□□□□□□」 |
| 主催・共催等 | 主催：○○市共催：○○地区医師会 | 主催：◆◆医師会後援：○○市、○○圏域地対協 |
| 開催日時 | 令和５年●月●日（日）　１０時から１５時まで | 令和５年■月■日（土）　１３時から１６時まで |
| 開催場所 | ○○医師会大会議室（○○市○○１－１－１） | ○○○○センター大ホール（□□市□□町２－２－２） |
| 内容 | 医療・介護に従事する多職種を対象とした講演会・研修会（グループワーク）を開催１　在宅医療・介護に係る講演会　　（○○県○○医師会○○先生）２　小グループでの事例検討会 | １　ＡＣＰの普及啓発を実践している○○市医師会△△先生による講演２　シンポジウム　　出席者：○○地区医師会長、○○市◆◆課長、○○会○○会長　等 |
| 参加可能な職種 | 在宅医療・介護に従事する者市町の行政職員 | 特に制限なし（一般県民対象）※　定員内であれば聴講可能 |
| 参加方法 | 他地域からの参加者は、会場後方に用意した傍聴席での傍聴のみ可能となります。（定員15名） | 詳細はホームページを御確認ください。http://www.xxx-yyy.ne.jp/kouenkai/ |
| 問合せ先 | ○○市◇◇課（082-000-0000　担当：▲▲） | △△地区医師会事務局（082-000-0000　担当：△△） |
| 留意事項等 | 傍聴を希望する場合は事前に上記問合せ先へ御連絡ください。 | 定員500人（事前申込要）参加費：500円 |

※チラシ等がありましたらこの様式に代えていただいて結構です。

広島県地域共生社会推進課　鍋島　行

FAX　　 　082-511-6715

E-Mail　 fukyousei@pref.hiroshima.lg.jp

**地域包括ケア強化に係る研修会・講演会等　情報提供様式（１枚／１枚）**

　貴団体における地域包括ケア強化に係る取組のうち、他の地域などからも広く参加や受講が可能な研修会等について、該当がありましたら情報提供してください。

 [団体名：　　　　　　　　　　　　　]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 研修会等の概要 | 研修会等の概要 |
| 研修会等名称 |  |  |
| 主催・共催等 |  |  |
| 開催日時 |  |  |
| 開催場所 |  |  |
| 内容 |  |  |
| 参加可能な職種 |  |  |
| 参加方法 |  |  |
| 問合せ先 |  |  |
| 留意事項等 |  |  |

※チラシ等がありましたらこの様式に代えていただいて結構です。