

医療関係者、介護事業関係者 各位

社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院
院長 片岡 祐司

第28回 地域医療連携講演会

『認知症へのリハビリテーション』

～ いきいき生活を続けるために ～ のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素はひとかたならぬご愛顧を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、このたび「認知症へのリハビリテーション」についての講演会を開催いたします。地域では認知症の高齢者が様々な工夫をしながら生活されています。その方達がいきいきとした生活を継続するためには、家族や医療・介護従事者などの支援が欠かせません。認知症の高齢者へのリハビリテーションの実際や生活場面での事例を紹介して認知症への理解を深めたのち、作業療法士を交えた交流会の場を持ちたいと思います。

なお、当日できる限りご質問にお答えしたいと思います。別紙の質問用紙で講師への事前質問をお受けいたしております。

ご多忙とは存じますが、医療関係者及び介護事業所関係者の皆さまのご参加をお待ちしております。

末筆ではございますが、貴事業所のますますのご発展をお祈り申し上げます。

敬具

記

【日 時】 平成 30 年 7 月 30 日(月) 14時00分～15時00分 受付:13時30分～

【場 所】 総合上飯田第一病院 南館8階 会議室

〒462-0802 名古屋市北区上飯田北町2丁目70番地 (地下鉄上飯田線「上飯田駅」①番出口より徒歩1分)

【対 象】 地域の看護・介護・福祉関係者 定員 60 名

【講 師】 総合上飯田第一病院 長谷川 文 作業療法士

【参加申し込み方法】

参加を希望される方は、参加申込書にお名前、職種をご記入の上、FAX にてお申込みください。

平成 30 年 7 月 17 日(火) 締切。定員に達した場合は受付を終了させていただきます。

なお、お申し込みのない方のご来場はお断りさせていただきます。

〒462-0802 名古屋市北区上飯田北町2丁目70番地

社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院

地域包括サポートセンター

TEL 052-991-3111

FAX 052-991-3544

参加申込書

貴事業所名 _____ ご住所 _____

TEL _____ FAX _____

職 種	参 加 者 氏 名
看護師 介護士 ()	
看護師 介護士 ()	
看護師 介護士 ()	

FAX 送信先 052-991-3544 地域包括サポートセンター 行

お知らせ

講師への質問がございましたら、事前にこの用紙に記載して頂き、参加申込書と一緒にFAXでご送信願います。

質 問 用 紙

病院・事業者名	

頂いた質問内容は、当日の講演内でお答えします。

また質問が多数寄せられた場合は、別紙資料にて講演終了後に配布する予定です。