

佐医ソ協 19-3 号  
令和 1 年 6 月 吉日

各位

佐賀県医療ソーシャルワーカー協会  
会長 江口 利信  
(公印省略)

「2019 年度 佐賀県医療ソーシャルワーカー協会 基礎研修」案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当協会の活動につきましては、平素より格別のご理解とご協力を頂き厚く御礼を申し上げます。  
「2019 年度佐賀県医療ソーシャルワーカー協会基礎研修 第一回」を下記のとおり開催いたします。  
このたびは、認知症看護認定看護師 市丸徳美先生をお招きし、認知症について基本的な知識やケアの方法についてワークを用いながらの講義をお願いしております。皆様のご参加をお待ちしています。

参加を希望される方は別紙にて **6/14 (金) までに FAX** にてお申し込みください。

敬具

記

1. 日 時 : 令和 1 年 6 月 30 日(日) 9:00~ 12:30 受付開始 : 8:30~
2. 内 容 : 「認知症について」
3. 講 師 : 社会医療法人 祐愛会 織田病院  
看護師長 市丸 徳美先生 (認知症看護認定看護師)
3. 場 所 : 佐賀病院 管理棟 4 階 研修ホール  
状況によっては変更する場合があります。
4. 参加費 : 無料
5. 参加者 : 佐賀県ソーシャルワーカー協会会員

以上

<問い合わせ先>

佐賀県医療ソーシャルワーカー協会 事務局  
国立病院機構 佐賀病院  
地域医療連携室 MSW 下田 薫  
〒849-8577 佐賀県佐賀市日の出 1 丁目 20-1  
TEL : 0952-30-7141 FAX : 0120-872-882



FAX 送信先 : 0120-872-882

国立病院機構 佐賀病院 地域医療連携室 下田宛

佐賀県医療ソーシャルワーカー協会

第1回基礎研修 (6/30) 申込書

送付者	機関名 : _____ 担当者 : _____ 電話番号 : _____ FAX 番号 : _____
-----	--

**【参加者名】**

氏名 : \_\_\_\_\_ 経験年数 ( \_\_\_\_\_ )

氏名 : \_\_\_\_\_ 経験年数 ( \_\_\_\_\_ )

氏名 : \_\_\_\_\_ 経験年数 ( \_\_\_\_\_ )

氏名 : \_\_\_\_\_ 経験年数 ( \_\_\_\_\_ )

氏名 : \_\_\_\_\_ 経験年数 ( \_\_\_\_\_ )

氏名 : \_\_\_\_\_ 経験年数 ( \_\_\_\_\_ )

氏名 : \_\_\_\_\_ 経験年数 ( \_\_\_\_\_ )