

関係施設長 様

山口県知的障害者福祉協会  
会 長 古 川 英 希  
医 療 保 健 部 会  
部会長 河 内 美 舟  
(公印省略)

## 令和元年度第1回医療保健部会研究会の開催について

慈光照護の下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

この度、「令和元年度第1回医療保健部会研究会」を下記のとおり開催いたします。

本研究会は、関係事業従事者の資質向上を図り、利用者の安全と健康管理に努め、よりよい障害福祉サービスを提供する事を研究課題としていますので、関係者にあたる看護職員及び支援員等多数のご参加を頂きますよう申し上げます。

### 記

1. 日 時 令和元年7月18日(木) 午前10時30分～午後3時00分
2. 場 所 社会福祉法人 下関市民生事業助成会 なごみの里  
(住所：〒759-6602 山口県下関市蒲生野250)
3. 日 程 10:00～10:30 受付  
10:30～10:40 開会  
10:40～12:30 講義  
12:30～13:30 昼食・休憩  
13:30～15:00 施設見学・グループ討議(情報交換)  
15:00～15:30 閉会
4. 内 容 【午前】 研究テーマ：「障害者、障害児の支援、医療の関わり方」  
講 師：かねはら小児科 院長  
金原 洋治 先生  
【午後】 施設見学(社会福祉法人 下関市民生事業助成会 なごみの里)  
グループ討議(情報交換)
5. 出欠席について  
別紙 参加申込書について、6月28日(金)までにお申し込みください。(FAX可)
6. その他  
※各自スリッパを持参して下さい。

(外靴は各自持ち運ぶことになります。ビニール袋は準備いたします。)

## 令和元年度第1回医療保健部会研究会参加申込書

施設名 \_\_\_\_\_

参加者

職名	氏名 (ふりがな)	弁当注文の有無	備考

※弁当料金は、700円(お茶付き)です。希望者は○印を記入してください。当日、会場にて徴収させていただきます。なお、弁当は「きっちんセンターともの園(就労継続支援事業A型)」の注文弁当です。

○参加者所属事業所 事業内容に該当するものを○印で囲んでください。

・障害者支援施設(入所支援)	・障害者福祉サービス事業所(通所支援)
・グループホーム	・その他( )

○講師の先生および施設見学での質問事項

**【連絡先】**

社会福祉法人同朋福祉会 ライブリーあそかの園

担当：岡 藤 学

〒759-2301 美祢市於福町上 4017-1

TEL 0837-56-1813 FAX 0837-56-1814