

**【出前講座 申し込み票】**

送信先 FAX 0561-84-5776 瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会(瀬戸旭医師会)

申込代表者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先：電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

団体名 \_\_\_\_\_ 参加人数（予定） \_\_\_\_\_ 名

会場 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

第1希望	年	月	日( )	時	分～	ご希望の講師・テーマ(例) に○を付けてください。
第2希望	年	月	日( )	時	分～	
内 容		講 師		テ ー マ (例)		
	1	医師		生活習慣病は防げます！		
	2	歯科医師		お口のにおい、気になっていませんか？		
	3	薬剤師		お薬の相談ができる薬剤師はいますか？		
	4	看護師		自宅で最期まで・・・		
	5	理学療法士		転ばぬ先の運動療法、あれこれ！（実技あり）		
	6	歯科衛生士		お口の中、気になっていませんか？		
	7	管理栄養士		元気の源は、食事から！		
	8	ケアマネジャー		介護保険の利用の仕方 介護予防（総合事業）について		
	9	病院看護師		入院するとすぐ退院の話ってホント？		
10	在宅医療介護 連携推進協議会		人生会議？在宅医療・介護、詳しく知りたい！			

※その他、ご希望があれば、ご記入ください。

( )