

## 第1回 ねっこの会（医療介護連携会） 参加申込書

FAX送信先：水無瀬病院地域サポートセンター

**FAX番号：075-963-4461**

※可能であればチラシ記載のQRコードからもお申し込みお願いいたします。

日 時：2025年11月22日(土)

時 間：14:00～15:30（開場 13:30）

場 所：水無瀬病院 2Fリハビリ室

|            |                                                                                                                                                                                 |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申込日        | 年 月 日                                                                                                                                                                           |
| 貴事業所<br>情報 | 事業所名：                                                                                                                                                                           |
|            | 事業所種別： <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 老健・特養<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|            | 所在市町村名：（ 島本町 高槻市 大山崎町 ）○を付けてください                                                                                                                                                |
|            | <input type="checkbox"/> 電話番号：                                                                                                                                                  |
|            | <input type="checkbox"/> e-mail：（必須）                                                                                                                                            |

| 参加者<br>情報 | No | お名前 | 職種 | 交通手段                                                     |
|-----------|----|-----|----|----------------------------------------------------------|
|           | 1  |     |    | <input type="checkbox"/> お車 <input type="checkbox"/> その他 |
|           | 2  |     |    | <input type="checkbox"/> お車 <input type="checkbox"/> その他 |
|           | 3  |     |    | <input type="checkbox"/> お車 <input type="checkbox"/> その他 |

当日は、お互いを知っていただくため各事業所様より1～2分程度で事業所紹介をお願いしております。

紹介方法は以下のいずれかをお選びいただけます。（選択制）

- ☐ 当方にて貴事業所のホームページを投影し、ご説明いただく
- ☐ 貴事業所にてご用意いただいたPowerPoint資料を用いてご説明いただく
- ☐ 事業所紹介を希望しない

※PowerPoint資料をご希望の場合は、開催1週間前（11月15日）までにデータをご送付ください。

（送付先：水無瀬病院地域サポートセンター tanaka3@minasehp.jp）

### 【ご連絡・ご質問事項など】

【申込締切】 2025年11月15日（土）

【お問い合わせ】 水無瀬病院地域サポートセンター田中

Tel：090-6956-6100 Mail：tanaka3@minasehp.jp