

このまちで ~在宅医療という 選択肢~

参加料
無料

令和2年

日時

1月18日(土)

14:00~16:30



手話通訳



要約筆記付き

会場

松山市民会館 大ホール

※悪天候等によりやむを得ず中止する場合がございます。

松山市医師会ホームページ(<https://www.matsuyama.ehime.med.or.jp/>)にてご確認ください。



総合司会:松山市医師会 地域連携部副主任理事 平田 康隆

第1部 「このまちで」~在宅医療ってホントに受けれるん?~

時間

14:10~15:10

講演

「松山市医師会の取り組み」 松山市医師会 地域連携部主任理事 戸梶 泰伸

「松山市の取り組み~在宅医療・介護連携推進事業について~」 松山市介護保険課

対談

「在宅療養の実際について語ろう」 在宅療養を経験した患者・家族

医師:松山市在宅医療支援センター運営委員 おおしろ外科こもれび診療所 院長 大城 良雄

第2部 「このまちで」~みんなで考えよう 転ばぬ先の杖さがし~ 自分らしく生きるために私たちが知っておきたいこと

時間

15:25~16:25

座談会

座長:松山市在宅医療支援センター運営委員 友愛医院 院長 亀井 敏光

登壇者:松原 ゆき(松山市保健福祉部長)

吉野 到(松山市在宅医療支援センター運営委員 吉野内科 院長)

三宅 孝子(愛媛県看護協会 訪問看護ステーションてとて 管理者)

藤村 高弘(松山市介護支援専門員協議会 居宅介護支援事業所味酒野ていれぎ荘 管理者)

松之本 毅(松山市地域包括支援センター生石・味生 センター長)

田中 公也(松山市社会福祉協議会 事務局長)

お申し込み方法

①FAX

住所、氏名、電話番号をご記入のうえ、下記まで

②TEL

(089)915-7780 ※月~金(9:00~17:00)

③郵便ハガキ

住所、氏名、電話番号をご記入のうえ、下記まで

④Eメール

shien2@mma-ehime.or.jp

※複数名でお申し込みの場合は、
「代表者を含め〇〇名申込」と
ご記入ください。

※整理券の発行はいたしません。

※いただいた情報は本講座運営
目的以外には使用いたしません。



お申し込み先

〒790-0014 松山市柳井町2丁目85番地 松山市在宅医療支援センター 市民公開講座係
TEL:(089)915-7780 FAX:(089)915-7773

主催 一般社団法人 松山市医師会 松山市在宅医療支援センター 共催 松山市

後援 (一社)愛媛県医師会、(公社)愛媛県看護協会、(公社)愛媛県理学療法士会、(一社)愛媛県精神保健福祉士会、(一社)愛媛県社会福祉士会、(一社)愛媛県介護福祉士会、愛媛弁護士会、
愛媛県司法書士会、愛媛県介護支援専門員協会、松山市社会福祉協議会、(一社)松山市歯科医師会、(一社)松山薬剤師会、松山市介護支援専門員協議会、(株)愛媛新聞社、ウィークリーえひめリック、
(株)えひめリビング新聞社、南海放送(株)、テレビ愛媛、NHK松山拠点放送局、愛媛朝日テレビ、あいテレビ、(株)愛媛CATV (■不同)

お問い合わせ:松山市在宅医療支援センター ☎(089)915-7780 shien2@mma-ehime.or.jp

第2回

一般社団法人 松山市医師会

松山市在宅医療支援センター市民公開講座

申込書

お申し込み方法

- ① FAX: 下の申込書にご記入のうえ、下記まで
- ② TEL: (089)915-7780 ※月～金(9:00～17:00)
- ③ 郵便ハガキ: 下の申込書にご記入のうえ、貼り付けて投函
- ④ Eメール: shien2@mma-ehime.or.jp

※ホームページからもお申し込みいただけます。



★複数名でお申し込みの場合は、「代表者を含め〇〇名」とご記入ください。

FAX: (089)915-7773

※FAXの方はご記入のうえ、切らずに送信してください。

お申し込み先

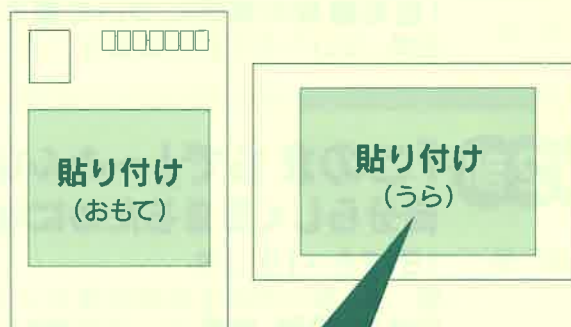
〒790-0014
松山市柳井町2丁目85番地
松山市在宅医療支援センター市民公開講座 係

TEL: (089)915-7780
FAX: (089)915-7773

- 申し込まれた方へ整理券の発行はいたしません。直接会場にお越しください。
- 参加申込書でいただいた情報は、本講座の運営目的以外には使用いたしません。

ハガキを利用される場合

点線部を切り取って貼り付けて投函してください。



※横向きにはみださずにお貼りください。

←-(はがき)-おもて

〒790-0014 松山市柳井町2丁目85番地
松山市在宅医療支援センター
市民公開講座係 行き

代表者 (代表者を含め _____ 名申込)

フリガナ	
氏名	
住所	〒 _____
電話	

-(はがき) うら →

※代表者の方 について当てはまるものをお選びください。

- ① 年齢
20歳未満 20～49歳 50～69歳 70～89歳 90歳以上
- ② 職業
市民 医療関係 介護・福祉関係 行政関係 学生 その他 ()
- ③ 本講座をどこでお知りになりましたか?
松山市医師会郵送 ポスター 広報 職場 職能団体案内
知人の紹介 その他 ()
- ④ 在宅医療に関して不安やご質問があればお書きください。
 ※質問の中から抜粋して講座内でお答えします。
 ()
- ⑤ 今後、松山市在宅医療支援センターから各種イベントのご案内をさせていただいてもよろしいでしょうか。
はい いいえ