

各位

一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会  
会 長 空 地 顕 一  
地 域 ケ ア 推 進 委 員 会  
委員長 藤 原 み つ え

「本当に知っていますか？訪問薬剤師の業務と役割」  
— 知れば知るほど連携はうまくいく — 研修会（ご案内）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、本会活動にご理解ご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

在宅では老老介護、認認介護が増加し、特に内服においては、忘れ、重複、間違い、取りに行けない等、課題は山積みです。

10 年前から居宅療養管理指導で薬剤師が訪問するようになりましたが、業務・役割の実際を知らない、ということはないでしょうか。まず相手のことを知ることが、より良い連携の第一歩です。今回は訪問薬剤師の方たちにも多く参加していただき、顔と顔を突き合わせてお互いを更に知り、どうすれば利用者・家族の支援や地域貢献ができるのかを考える研修としていきたいと思っております。多数の皆さまのご参加をお待ちしております。

記

日 時	令和元年 10 月 26 日(土) 14 : 00 ～ 16 : 00 (受付 13 : 30～)
会 場	兵庫県看護協会 3 階 研修室 3
内 容	1. 講義：「訪問薬剤師の業務を理解して連携しよう！！」 講師：兵庫県薬剤師会 常務理事 矢野 謙氏 2. グループワーク「訪問薬剤師との連携と訪問看護の役割について」
対 象 者	訪問看護師、訪問薬剤師、居宅介護支援専門員、病院地域連携室の方
定 員	100 名 (* 定員超過でお断りする場合のみ、事務局から連絡致します)
参 加 費	会員 ( 団体会員を含む ) : 無料 非会員 : 1,000 円
申込締切	令和元年 10 月 11 日 ( 金 )
申込方法	裏面参加申込書 ( コピー可 ) を事務局まで FAX または郵送で送付ください。 施設名、連絡先の異なる場合は申込用紙を分けてください。 ◎ 非会員の方は参加費を裏面指定の口座にお振込のうえ、当日は振り込み控え ( コピー可 ) をご持参ください。 ※ 申込締切および参加費納入期日は令和元年 10 月 11 日 ( 金 ) です。
問合せ先	一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 事務局 TEL : 078-371-4165 FAX : 078-361-6652 〒650-0011 神戸市中央区下山手通 5 丁目 6-24 兵庫県看護協会ビル 5 階

以 上

\*FAX の場合送信票は不要です

一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会  
「本当に知っていますか？訪問薬剤師の業務と役割」  
— 知れば知るほど連携はうまくいく —  
研修会参加申込書

申込書送付先	FAX      0 7 8 - 3 6 1 - 6 6 5 2
	住所    〒650-0011 神戸市中央区下山手通 5 丁目 6 番 24 号
申 込 締 切	令和元年 10 月 11 日（金）

施 設 名			
連 絡 先		TEL	FAX
入 会 状 況 ＊入会団体に チェックを して下さい。		<input type="checkbox"/> 兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 <input type="checkbox"/> 会員団体（県医師会、県看護協会、県理学療法士会、 県作業療法士会、県言語聴覚士会、県介護支援専門員協会、 県薬剤師会、県栄養士会、県歯科医師会、県歯科衛生士会、 県介護福祉士会）	会 員 ・ 非会員  左記団体の会員 or 非会 員を○で囲んで下さい。
1. 申込者 (代表)	(フリガナ)	役職：管理者/所長/スタッフ/その他（ ） 職名：訪問 NS / NS / CM / PT / OT / ST / DR 介護職/その他（ ）	
2. 申込者	(フリガナ)	役職：管理者/所長/スタッフ/その他（ ） 職名：訪問 NS / NS / CM / PT / OT / ST / DR 介護職/その他（ ）	
3. 申込者	(フリガナ)	役職：管理者/所長/スタッフ/その他（ ） 職名：訪問 NS / NS / CM / PT / OT / ST / DR 介護職/その他（ ）	
4. 申込者	(フリガナ)	役職：管理者/所長/スタッフ/その他（ ） 職名：訪問 NS / NS / CM / PT / OT / ST / DR 介護職/その他（ ）	
※非会員の 方のみ	参加費 振込予定	____月____日 （ 振込済 ・ 振込予定 ）	
	振込金額	非会員 1,000 円 × ( ) 人 = ( ) 円 合 計 円	

\* 定員に達し次第、締め切りとさせていただきます。

\* 定員超過でお断りする場合のみ、事務局からご連絡致します。

振込先： ゆうちょ銀行 〇〇940-6-280962 一般社団法人兵庫庫訪問看護ステーション連絡協議会  
 \* 通信欄には、施設名・申込者名・研修名を必ずご記入ください。  
 \* 恐れ入りますが、振込手数料は申込者様でご負担ください。  
 \* お振込いただいた参加費は、原則としてお返し致しかねますので、ご了承ください。