

出前講座

住み慣れた地域で人生の最期まで暮らし続けるために必要な医療や介護の情報について、在宅医療・介護の専門職が地域に伺ってお話します。

対 象:秋田市民(営利を目的としない集会やイベント等) **費 用:**無 料
日 時:原則月～土(9時～19時) **会 場:**市内の町内会館など
内 容:以下の1～7からひとつ選択してください

1 講 師: 医師

テーマ例: かかりつけ医に相談しよう!
対応日時: 平日18時～、土14時～

2 講 師: 歯科医師

テーマ例: お口の健康を守る予防と治療
対応日時: 月～土(9時～19時)

3 講 師: 薬剤師

テーマ例: 地域の薬局を賢く使おう!
対応日時: 要相談

4 講 師: リハビリ専門職

テーマ例: リハビリ専門職ができること
対応日時: 月～土(9時～19時)

5 講 師: 看護師

テーマ例: こんにちは! 訪問看護です
対応日時: 要相談

6 講 師: ケアマネジャー

テーマ例: 介護保険サービスの基礎知識
対応日時: 月～土(9時～19時)

7 講 師: 秋田市在宅医療・介護連携センター職員

テーマ例: 人生会議(ACP)をはじめよう、「もしバナゲーム」をやってみよう!
その他、医療と介護についてご希望のテーマ(要相談)
対応日時: 要相談

〈連絡・注意事項〉

- ・センターからの情報提供(10分)のあとにいずれかの講座を行います
- ・1～6は開催希望日の2ヶ月前までに、7は2週間前までにお申し込みください
- ・日程等が合わない場合は、講座の動画をご視聴いただくこともあります
- ・会場および駐車場の確保、設営に要する費用は、申込者側での負担をお願いいたします
- ・出前講座をよりよいものとするため、受講後のアンケートにご協力ください

できる限りご要望に応じますのでまずはお気軽にご相談ください

【出前講座申し込み書】 申込日： 年 月 日

FAX送信表

送信状不要：この用紙のみFAXしてください。

秋田市在宅医療・介護連携センター宛

FAX **018-827-3614**

代表者氏名			
地区・団体名			
住 所			
電 話 番 号			
開催希望日時	第一希望	月 日 ()	: ~ :
	第二希望	月 日 ()	: ~ :
希 望 す る 講師／テーマ			
会 場	会 場 名		
	所 在 地		
	電話番号		
参加予定人数	人 (内訳 男性 人、女性 人)		
参加年齢層	主に 歳代		
準備可能物品	☐ マイク ☐ スクリーン ☐ パソコン ☐ プロジェクター ☐ 延長コード ☐ ホワイトボード		
備 考			

- ・申し込み後、詳細確認のため担当者から連絡させていただきます。
- ・お申し込みいただいた個人情報につきましては、受付などの運営業務のために使用し、他の用途に使用することはありません。