

地域医療連携研修会のご案内

患者の病態からアセスメントする転倒転落予防

謹啓、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当院に対しまして格別のご高配を賜りありがとうございます。

今年度の研修は、Webを活用して計画していきます。

尚、質問のある方は申込時にご入力頂ければ、研修内容に組み入れますので、宜しく
お願い致します。

謹白

【日 時】令和 7年 8月 29日（木）18：00～19：00

【内 容】講義・事例紹介、グループワークとして意見交換

【講 師】医療安全管理係長・看護師長 新田 早織

【形 式】Webを利用したオンライン形式

Cisco Webexを使用します。詳細は申込者にお知らせします

【対 象】医療・介護に携わっている方々

【締 切】令和 7年 8月 22日（金）17：00

事前に ご質問を受け付けております。（当日も時間の限りお受けしたいと思えます）

気になることがありましたら、お知らせください。

申込のFAXやメールで内容を記載（入力）ください。お待ちしております。

■申し込み方法

メール若しくはFAXで申し込み下さい。申し込みは、当日視聴される単位ごとをお願い
します。メールの場合は、本文へ①氏名、②職種と、施設名・参加代表者氏名を入力頂き、
お送り下さい。FAXの場合は、申し込み用紙に連絡の取れるメールアドレスを記載してい
ただき、地域医療連携室へFAXください。

メールアドレス：

ehime.hosp.renkei@gmail.com

FAX番号：089-990-1896



*申し込みを確認しましたら、受付確認のメールをお送りします。

8月25日までに、申し込みをいただいたメールアドレス宛に、研修会当日にログインする
ための招待メールをお送りいたします。

研修後に、申し込みをいただいたメールアドレス宛に、アンケートをお送りします。参加
頂いた方それぞれに、ご回答いただきますよう、お願いいたします。

■注意事項

申し込み用のメールアドレスは、研修会開催専用のアドレスとなります。

地域医療連携室への相談や連絡には利用出来ません。

申し込み時に頂戴した個人情報は、研修会の開催、アンケートの実施のみに利用し、研修
会開催後2週間を目途に、削除いたします。

■お問い合わせ

愛媛医療センター 地域医療連携室 電話：089-990-1923

申し込み用紙(FAX用)

(送付票は必要ありません)

FAX:089-990-1896

申し込み先：愛媛医療センター 地域医療連携室

施設名：

電話番号：

代表者氏名：

メールアドレス：

研修日：令和7年8月29日（木）

テーマ：患者の病態からアセスメントする転倒転落予防

①氏名	②職種
	看護師・介護職・その他（ ）

※記入欄が足りない場合は、コピーしてお使い下さい。

質 問 事 項

--