

春日井市民病院医療連携室 行 (FAX:0568-82-9345)

春日井市民病院勉強会 令和7年度「心不全を地域で診る」申込書

1 申込者情報

事業所名			
サービス種類 該当する項目に○をつけてください。	保険薬局・地域包括支援センター・居宅介護支援・訪問介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所介護・通所リハビリテーション・小規模多機能型居宅介護・ショートステイ・特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院・福祉用具貸与/特定福祉用具販売・グループホーム・その他()		
ご担当者氏名			
ご連絡先	TEL:		FAX:
E-mailアドレス			

2 開催方法 (所要時間 どちらも1時間程度)

- ①現地開催形式 心臓病センターの見学や心臓リハビリを体験していただきます。
②オンライン形式 Webexを使用して意見交換などを中心行います。

3 開催日時 令和7年4月15日から6月12日までの火曜日または木曜日

(1)午後2時～午後3時 (2)午後3時～午後4時をお選びいただけます。

4 開催希望 (希望する項目に○をつけてください)

希望 順位	開催形式 (ひとつ選択)	開催日 (希望日を記入)	開始時間 (ひとつ選択)
1	現地 ・ オンライン	令和 年 月 日 (火・木)	午後2時 ・ 午後3時
2	現地 ・ オンライン	令和 年 月 日 (火・木)	午後2時 ・ 午後3時
3	現地 ・ オンライン	令和 年 月 日 (火・木)	午後2時 ・ 午後3時

※次の内容をご確認いただき、お申し込みをお願いします。

- ① 希望される日にちの2週間程度前までに連絡してください。
② 希望内容に沿えない場合は、再度日程を伺うことがありますのでご了承ください。

5 参加人数 計 人

6 勉強会で聞きたいこと、ご質問等がありましたら、ご記入ください。
