

令和7年1月 吉日

松原市内 医療・介護関係専門機関 各位

松原市医師会医療介護連携支援センター
松原市地域包括支援センター

「松原市・多職種による“認知症”学び合いの場」交流会のご案内

謹啓 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は松原市の医療介護の連携にご協力いただき、誠にありがとうございます。

さて毎月開催しております『松原市・多職種による“認知症”学び合いの場』の報告会と懇親会を開催させていただきます。皆様ぜひご参加下さい。懇親会のみのご参加でも可能です。

つきましては、参加を希望される方は1部・2部それぞれの参加方法で申し込んで頂きますようお願い致します。

謹白

記

【第1部】

1. 開催日時 令和7年2月19日（水） 19:00～20:00ごろ
2. 場 所 松原市医師会館（新堂1-602-4）
3. 内 容 令和6年度 学び合いの場 実施報告
4. 対 象 松原市内で医療・介護に従事する職員
5. 参加方法 ①zoom参加 もしくは ②来場参加
6. 申し込み ①zoom参加の場合は下記 URL、QR コード等からご参加ください
ミーティングID：859 5568 2809 パスコード 588544



https://us06web.zoom.us/meeting/register/tZEkcuyupjkiGt2w_FpKbKR85VUJ6QLMbwmmM

②来場参加の場合は、別紙FAX用紙にてご返信ください

～ ～

【第2部】 懇親会

1. 開始時間 第1部終了後（20:30頃～）
2. 場 所 未定 ※場所が決まり次第ご連絡させていただきます
3. 参加費 ※場所が決まり次第ご連絡させていただきます
4. 申し込み 別紙、参加申込書にて申込み ※締切：2月4日（火）

《問い合わせ・申し込み先》 一般社団法人松原市医師会 医療介護連携支援センター

TEL：072-349-8651 FAX：072-349-8652

松原市医師会 医療介護連携支援センター宛 FAX：072-349-8652

「松原市多職種による“認知症”学び合いの場」 交流会

参加申込書

【第1部】

日時：令和7年2月19日（水） 19：00～20：00頃

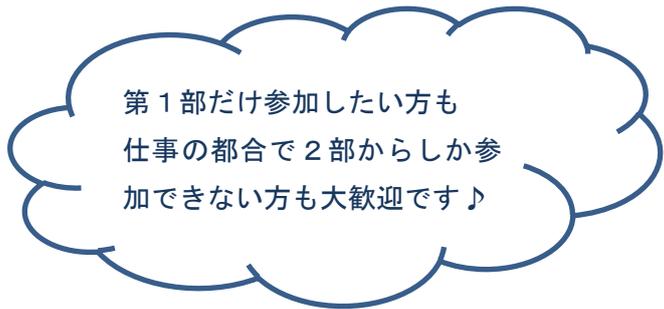
場所：松原市医師会館（新堂1-602-4）

事業所名： _____

電話番号： _____ F A X : _____

参加者名： _____

参加人数： _____ 名
○ ○ ○



【第2部】

開始時間：1部終了後（20：30頃～）

場所：未定（河内松原駅近辺で検討中）

事業所名： _____

電話番号： _____ F A X : _____

参加者名： _____

参加人数： _____ 名

領収書有無： 必要 ・ 不要 どちらかに○を付けて下さい

※各事業所1枚の発行になります

★2/4（火）締切