

# 連携には必須！行動力！原動力！ ウルトラソウル！

学術部精神障害班：静岡県精神科作業療法研究会 第3回研修会

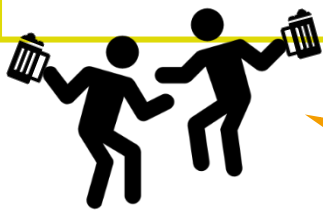
日時：令和2年1月18日（土） 10:00～16:20（受付 9:30～）  
場所：静岡駅ビル パルシェ D会議室  
講師：**平野慎一朗氏** \*医療法人好生会 小笠病院

- ・医療法人好生会 小笠病院 医療相談室 主任
- ・静岡県精神保健福祉士協会 理事
- ・静岡県自立支援協議会 地域移行・定着部会 中東遠圏域 部会長
- ・日本福祉大学社会福祉学部 非常勤講師
- ・東海アクシス看護専門学校 非常勤講師



講師ご略歴：日本福祉大学社会福祉学部卒業後、好生会三方原病院に8年間、その後同法人内の就労支援事業所「はまかぜ」に3年間、その後一旦三方原病院へ移り、現在は同法人にあります小笠病院の医療相談室にて主任を務めておられます。平野先生のお人柄、多岐にわたる経験から、今回の研修会では他(多)職種連携に必須な行動力・原動力についてお話頂きます。

参加費：県士会員（他県士会員）3000円 / 非会員・会費未納者の方 4000円  
持ち物：生涯教育手帳



JR 静岡駅付近にて、17時より懇親会を開催の予定です♪♪  
お時間のある方は是非ご参加ください！！

参加申し込みは、インターネット・FAX（別紙）・メールからお願いします。  
QRコードを読み取ると、申し込みフォーム画面に簡単に移動できます。

申込先：日本平病院 山下 光  
Mail：seiseikai.kennsyuu@gmail.com  
FAX：054-334-2687 TEL：054-334-2135  
締切：令和2年1月10日（金）17：00まで

登録フォーム：<https://forms.gle/PJjPC7dWYCXyMhru7>

※申し送りが完了すると自動返信メールが送信されます。自動返信メールが届かない場合は  
[seiseikai.kennsyuu@gmail.com](mailto:seiseikai.kennsyuu@gmail.com) までお問い合わせ下さい。

申し込みのQR



# 令和元年度 第3回研修会 参加申込書

※送信表は不要です。

FAX送信先：054-334-2687

医療法人 清仁会 日本平病院 / 山下 光 宛

【送信者】

・施設名： \_\_\_\_\_

・氏名： \_\_\_\_\_

・連絡先： \_\_\_\_\_

**申込み締切：令和2年1月10日（金） 17：00まで**

◆該当項目に必要な事項もしくは『し点』の記載をして下さい。記入漏れの無いようご協力お願い致します。

参加者氏名	会員番号	経験年数	業務内容	懇親会
		年目	<input type="checkbox"/> 入院OT・ <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> DC・ <input type="checkbox"/> 就労相談支援 <input type="checkbox"/> 教育・ <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		年目	<input type="checkbox"/> 入院OT・ <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> DC・ <input type="checkbox"/> 就労相談支援 <input type="checkbox"/> 教育・ <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		年目	<input type="checkbox"/> 入院OT・ <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> DC・ <input type="checkbox"/> 就労相談支援 <input type="checkbox"/> 教育・ <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		年目	<input type="checkbox"/> 入院OT・ <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> DC・ <input type="checkbox"/> 就労相談支援 <input type="checkbox"/> 教育・ <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		年目	<input type="checkbox"/> 入院OT・ <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> DC・ <input type="checkbox"/> 就労相談支援 <input type="checkbox"/> 教育・ <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加

注意事項：

- ・災害により研修会が中止になる際は、県士会ホームページに中止のお知らせが掲載されます。

※メールでの参加申し込みについて

メールの場合は件名を【第1回研修会申込み】にして、本文に1) お名前、2) 会員番号、3) 所属施設名、4) 経験年数、5) 業務内容、6) 懇親会参加の有無をご記入の上、送信して下さい。

※FAXでの参加申し込みについて

FAXの場合は「参加申込書」を印刷し、必要事項をご記入の上、お申込み下さい

※締切後にお申し込みの場合、資料をご用意出来ない場合もございます。予めご了承下さい。