

令和5年度 熊本県地域リハビリテーション支援センター研修会のご案内
(災害リハビリテーション研修会)

〈日本医師会生涯教育講座 1.5 単位：加alamコト 14 災害医療 1.5 単位〉

謹啓 初秋の候、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、地域リハビリテーション事業の推進ならびに広域支援センター等の運営にご尽力を賜り誠にありがとうございます。

このたび、第1回熊本県地域リハビリテーション支援センター研修会を下記のとおり開催することにしましたのでご案内申し上げます。

つきましては、参加ご希望の方は下記申込方法をご確認の上、熊本地域リハビリテーション支援協議会事務局までお申込み下さい。

敬 具

令和5年9月

熊本地域リハビリテーション支援協議会
会 長 福 田 稔

関係各位

記

1. 日 時：令和5年10月5日（木）午後7時～午後8時30分
2. 場 所：熊本県医師会 2階大ホール ※対面形式の開催となります。
3. 研修会：
「 災害リハビリテーションと地域リハビリテーション 」
長崎リハビリテーション病院理事長
日本災害リハビリテーション支援協会代表 栗 原 正 紀 先生
4. 申込方法：原則、Eメールにて受付いたします。
①件名「10月5日 地域リハ支援センター研修会参加申込」、②施設名、③氏名（ふりがな）、
④職種、⑤連絡先 を記載の上、下記の申込先アドレス宛にEメールにて送信下さい。
申込確認後に受付完了メールをお送りいたします。
10月3日（火）までに受付完了メールが届かない場合は、6. 問合せ先にご連絡ください。
申込先：yamashita-office@kumamoto.med.or.jp
※ご案内は、熊本県医師会ホームページ > 「熊本地域リハビリテーション支援協議会」 > 「講演会のご案内」に掲載いたします。
5. 申込締切：10月2日（月）
6. 問合せ先：熊本地域リハビリテーション支援協議会事務局
(熊本県医師会 業務Ⅱ課) TEL:096-354-3838

※受講される方でメールでの申込が不可能な方は、本紙に上記②～⑤を記載の上、
FAX (096-355-6507) にて送信下さい。

〈 FAX の方〉

① 10月5日 地域リハ支援センター研修会参加申込（集合形式）

② 施設名 ③ 氏名（ふりがな） ()

④ 職種 ⑤ 連絡先 _____