

令和7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

＜日本医師会生涯教育講座 1.5 単位：カリキュラムコード 14 災害医療 1.5 単位＞

謹啓 晩秋の候、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なり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7年11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7年12月16日（火）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。

※本会館駐車場は狭隘のため公共交通機関などを利用してご来場下さい。

3. 研修会：

テーマ「災害時における地域リハビリテーションのBCP（事業継続計画）」

介護老人保健施設リバーサイド御薬園 竹 村 周 記 様

玉名郡市医師会訪問看護ステーション 坂 田 百合野 様

阿蘇温泉病院 林 寿 恵 様

4. 申込方法：原則、Eメールにて受付いたします。

①件名「12.16_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。

申込先：gyoumu2@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：12月8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 12月16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