

「出前講座」のご案内

在宅医療・介護～住み慣れた地域で暮らしていくために～



「在宅療養って何?」「在宅医療はどうしたら受けられるの?」
「医療・介護のサービスってどんなものがあるの?」
「住み慣れた地域でずっと暮らし続けるために、今やっておくべきことは?」そんな疑問にお答えします。在宅療養(医療)・介護についての理解を深めていただき、「医療や介護が必要になっても、安心して暮らしていくことができるように」一緒に考えていく講座です。
自分のこと、親のこと…将来のことを考えながら、皆さんと一緒に学んみませんか!!高知市在宅医療介護支援センターの職員や地域の医療・介護の専門職等が皆さんのもとに出向きます。

☆対象者 高知市内に在住している方が、概ね5人以上参加されている集まり等です(地域の団体やグループ)

☆会場 申し込まれた方がご希望の会場 駐車場はご準備ください

☆時間 原則として平日(月曜日から金曜日)30分~60分

☆費用 受講料(職員派遣料・資料)は無料です

☆申し込み方法と開催までの流れ

- ①開催希望日の21日前まで(必着)に、別紙の申込書にご記入のうえFAX・郵送または電話にて「高知市在宅医療介護支援センター」にお申し込みください
- ②開催日時や内容など打ち合わせさせていただくため、申し込まれた方へ担当者が連絡いたします
- ③当日、ご指定の会場へ講師・担当者がお伺いします

お申込み・お問い合わせ

高知市在宅医療介護支援センター

〒780-0870 高知市本町5丁目2番20号 城麓ビル2階 西端

電話088-872-6100 FAX088-872-6110

お願い

- ◇政治や宗教、営利、市への陳情・要望を目的とした集会・講演会など、本事業にそぐわないものはお断りします
- ◇申込者および申込団体が暴力団体等と関わりがある場合はお断りします
- ◇本事業をよりよいものとしていくため、終了後はアンケートのご協力をお願いします

出前講座申込書

在宅医療・介護～住み慣れた地域でくらししていくために～

申込日：令和 年 月 日

1 日時・開催場所

希望日時	第1希望	令和 年 月 日 (曜) 時 分 ~ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 (曜) 時 分 ~ 時 分
開催場所	施設名	
	住所	
	電話番号	
希望内容	お聞きになりたい内容を簡単にお書きください	

2 申し込み団体

団体等の名称		参加予定人数 () 人
代表者	住所	
	氏名	
	電話・FAX	
連絡担当者 <small>※代表者が中学生以下の場合、18歳以上の方でお願いいたします</small>	住所	
	氏名	
	電話・FAX	
	メールアドレス	

3 問合せ及び申込先

高知市在宅医療介護支援センター
〒780-0870 高知市本町5-2-20
TEL 088-872-6100
FAX 088-872-6110