

出前講座

「知りたい」
「学びたい」を
応援します!



講師料
資料代

無料

開催日時

平日: 9時～16時
目安時間: 45分

対象

概ね10人以上
の集まり

申込期限

希望日の
1か月前



CHOICE

次のテーマから希望するものを選び、お申し込みを。

* 詳細、お申し込みはお電話またはFAXから

在宅医療・介護

～住み慣れた地域で
暮らすために～

自宅で医療と介護を受けながら、自分らしく生活ができる「在宅医療・介護」とはどのようなものなのかをお伝えします。

自分が願う終末期

～人生会議(ACP)に
取り組むために～

自身が望む人生の終末期を迎えるための心構えなどについてお伝えします。

エンディングノートを書いてみよう!

自身が望む終末期を迎えるためのエンディングノートの書き方について、高知市在宅医療介護支援センター発行の「知っちょいてノート」をもとにお伝えします。

* 在宅医療・介護の専門職の皆さまからのご依頼があれば出前講座に伺います!



高知市在宅医療介護支援センター

(高知市医師会)

電話:(088)872-6100 FAX:(088)872-6110

SCAN ME



高知市在宅医療介護支援センター

出前講座 申込書

申込日：令和 年 月 日

1.希望するテーマ

第1希望	テーマ名	
	講座へ希望すること（特に話してほしい内容など）	
第2希望	テーマ名	
	講座へ希望すること（特に話してほしい内容など）	

2.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	
開催目的		

3.申し込み団体（特に名称がない場合は「〇〇の集まり」というように記載してください）

団体等の名称		参加予定人数	人
代表者 <small>（決定通知書の宛名になります）</small>	住 所	〒	
	氏 名		
	電 話		
	FAX		
連絡 担当者	住 所	〒	
	氏 名		
	電 話		
	FAX		
決定通知文書の送付先 （○で囲んでください）		代表者	連絡担当者

4.問い合わせ及び申し込み先

高知市在宅医療介護支援センター(高知市医師会)

住所：〒780-0870 高知市本町4丁目1番48-206

電話：(088)872-6100 FAX:(088)872-6110

受付：平日9時～17時（土日祝日休み）