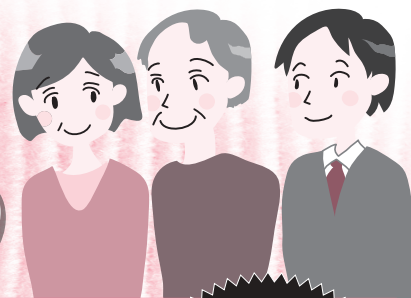


第8回船橋市認知症シンポジウム

本人が生き生きと暮らせるまちをつくらう



日時：平成30年12月1日(土) 14時00分～16時30分
(開場13時30分)

入場無料
定員320名

場所：船橋市勤労市民センター 千葉県船橋市本町4-19-6

プログラム

14:00 総会挨拶：船橋市医師会 土居 良康氏
船橋市医師会会長 寺田 俊昌氏

14:10 基調講演
座長：船橋市認知症サポート医会 吉田幸一郎氏

『認知症とともに、生き生き暮らし続けるために
～一足先に認知症になった人の声に学ぼう～』

講師：認知症介護研究・研修東京センター
研究部 部長 永田久美子氏
発表者：日本認知症本人ワーキンググループ
平 みき氏

15:15 休憩

15:30 シンポジウム

司会：船橋薬剤師会 木澤 尚子氏

コーディネーター：認知症介護研究・研修東京センター 研究部 部長 永田久美子氏

シンポジスト：
日本認知症本人ワーキンググループ 平 みき氏
認知症の人と家族の会千葉県支部 児島 和子氏
船橋市認知症高齢者グループホーム連絡会 山岸 大輔氏
船橋市訪問介護事業者連絡会 久保田恵子氏
船橋市中部地域包括支援センター 大谷 明子氏
他

総括：東葛南部認知症疾患医療センター千葉病院 小松 尚也氏

16:30 閉会

どなたでもお気軽にお越しください。

▼参加ご希望の方は、申し込みが必要です。

下の専用ハガキが裏面FAX用紙、船橋市医師会ホームページ内専用入力フォームでお申し込みください。受付は先着順に行い、定員(320名)に達し次第、締め切らせていただきます。なお、参加証等の発送はいたしません。定員を超えてお申込みがあった場合、受講できない方には、その旨電話等にてご連絡いたします。

このシンポジウムはひまわりポイント(*)の対象です

(*) ひまわりポイントとは船橋在宅医療ひまわりネットワークが主催または連携・協力する研修会等に参加することで貯まるポイントです。

▼ 参加申込用ハガキ ▼

郵便はがき

62円切手を貼付してください

2738506

船橋市北本町1丁目16番55号
船橋市保健福祉センター内

船橋市医師会事務局 行

参加者名	フリガナ (年齢 歳)	○を付けて下さい。 男・女
住所	〒 (ビル名・事業所名も記載して下さい)	一般・医療福祉介護職
電話番号	()	FAX ()
参加者名	フリガナ (年齢 歳)	○を付けて下さい。 男・女
住所	〒 (ビル名・事業所名も記載して下さい)	一般・医療福祉介護職
電話番号	()	FAX ()
参加者名	フリガナ (年齢 歳)	○を付けて下さい。 男・女
住所	〒 (ビル名・事業所名も記載して下さい)	一般・医療福祉介護職
電話番号	()	FAX ()

※要約筆記及び手話通訳、保育をご用意できます。必要な方は○を付けて下さい。
要約筆記(手話通訳)・保育

お申込み頂きました方の個人情報、応募数の確認及びシンポジウムの運営のみに活用させて頂くものです。参加申込によりご提供頂いた個人情報は法令に基づく場合などを除き、第三者に開示提供することはありません。

主催：船橋市認知症ネットワーク研究会
船橋市認知症サポート医会、船橋市精神科医会、
東葛南部認知症疾患医療センター千葉病院、
船橋市介護支援専門員協議会、認知症の人と家族の会
(千葉県支部)、船橋市ソーシャルワーカー連絡協議会、
船橋市老人福祉施設協議会、船橋市認知症高齢者グループ
ホーム連絡会、船橋市介護老人保健施設協会、
ふなばし市訪問看護連絡協議会、
船橋市訪問介護事業者連絡会、船橋歯科医師会、
船橋薬剤師会、船橋市医師会、認知症の人にやさしい
船橋を目指す実行委員会、船橋市

後援：千葉県医師会、船橋在宅医療ひまわりネットワーク

FAX申込用紙

FAX:047-423-7131

船橋市医師会事務局 宛



参加者名	フリガナ	○を付けて下さい。
	(年齢 歳)	一般・医療福祉介護職
住 所 (ビル名・事業所名) も記載して下さい	〒 -	男 ・ 女
電話番号	()	FAX ()
参加者名	フリガナ	○を付けて下さい。
	(年齢 歳)	一般・医療福祉介護職
住 所 (ビル名・事業所名) も記載して下さい	〒 -	男 ・ 女
電話番号	()	FAX ()
参加者名	フリガナ	○を付けて下さい。
	(年齢 歳)	一般・医療福祉介護職
住 所 (ビル名・事業所名) も記載して下さい	〒 -	男 ・ 女
電話番号	()	FAX ()

※参加証等の発送はいたしません。定員を超えてお申込みがあった場合、受講できない方には、その旨電話等にてご連絡いたします。

認知症の方が暮らしやすい「まち（船橋）」を実現するためのご意見がありましたらご記入下さい。

(ご氏名：)

※ご意見の受付は終了しました

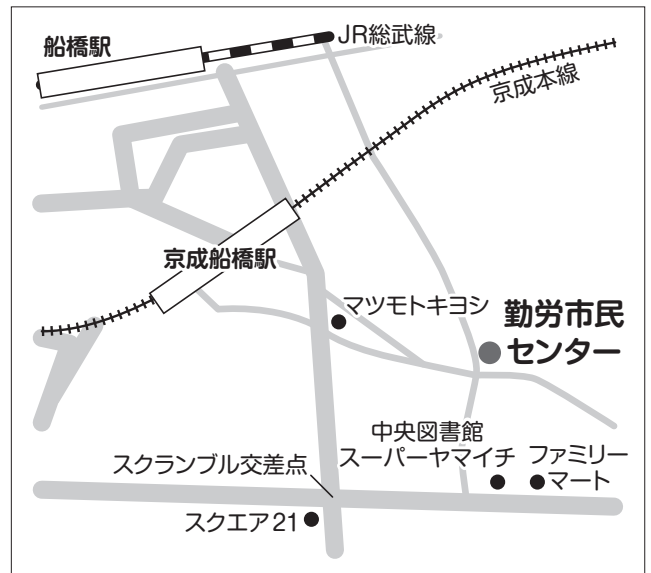
※要約筆記及び手話通訳、保育をご用意できます。
必要な方は○を付けて下さい。

要約筆記（手話通訳） ・ 保 育

お申しいただきました内容は、応募数の確認及びシンポジウムの運営のみに活用させて頂くものです。参加申込によりご提供頂いた個人情報には法令に基づく場合などを除き、第三者に開示提供することはありません。

船橋市勤労市民センター 案内図

千葉県船橋市本町4-19-6



※駐車場がありませんので、車でのご来場はお控え下さい

本シンポジウムに関する問合せ先

船橋市医師会事務局内 船橋市認知症ネットワーク研究会事務局
TEL：047-424-4771