

佐医ソ協 19-13 号
令和 2 年 2 月吉日

各位

佐賀県医療ソーシャルワーカー協会
会長 江口 利信
(公印省略)

「2019 年度 佐賀県医療ソーシャルワーカー協会 基礎研修」案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当協会の活動につきましては、平素より格別のご理解とご協力を頂き厚く御礼を申し上げます。2019 年度佐賀県医療ソーシャルワーカー協会基礎研修 を下記のとおり開催いたします。

このたびは、大木人事労務オフィスの大木傑先生をお招きし「障害年金について」、聖マリア病院の副島豊弘先生には「身体障害者手帳について」、それぞれの制度の基本的な知識や申請する際のちょっとしたテクニック等について、講義をお願いしております。

社会保障制度に関する理解や実践は MSW の基本であり、日頃の業務に活かされる内容になると思います。皆様のご参加をお待ちしています。

参加を希望される方は、別紙にて **2/27 (木) 17:00 までに FAX** にてお申し込みください。

敬具

記

1. 日 時 : 令和 2 年 3 月 1 日(日) 9:00～ 12:30 受付開始 : 8:30～
2. 内 容 : 「障害年金について」
講 師 : 大木人事労務オフィス 社会保険労務士 大木 傑 先生
「身体障害者手帳について」
講 師 : 社会医療福祉法人 雪の聖母会 聖マリア病院
患者支援部 MSW 副島 豊弘 先生
3. 場 所 : 佐賀病院 管理棟 4 階 研修ホール
※状況によっては変更する場合があります。
4. 参加費 : 佐賀県協会会員 : 無料 会員外 : 1,000 円
5. 参加者 : 佐賀県ソーシャルワーカー協会会員他 (佐賀県協会会員以外の方も参加可能です)

以上

<問い合わせ先>

佐賀県医療ソーシャルワーカー協会 事務局
国立病院機構 佐賀病院
地域医療連携室 MSW 下田 薫
〒849-8577 佐賀県佐賀市日の出 1 丁目 20-1
TEL : 0952-30-7141 FAX : 0120-872-882



FAX 送信先 : 0120-872-882

国立病院機構 佐賀病院 地域医療連携室 下田宛

佐賀県医療ソーシャルワーカー協会

基礎研修 (3/1) 申込書

送付者	機関名 : _____ 担当者 : _____ 電話番号 : _____ FAX 番号 : _____
-----	--

【参加者名】

氏名 : _____ 経験年数 (_____)

氏名 : _____ 経験年数 (_____)

氏名 : _____ 経験年数 (_____)

氏名 : _____ 経験年数 (_____)

氏名 : _____ 経験年数 (_____)

氏名 : _____ 経験年数 (_____)

氏名 : _____ 経験年数 (_____)