

令和3年4月吉日

各位

西区自立支援連絡協議会

令和3年度 西区自立支援連絡協議会 第1回 相談支援部会 開催のご案内



貴下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は西区自立支援連絡協議会にご理解ご協力賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今回、急遽のご案内となり、誠に申し訳ございませんが、先回に引き続き相談支援部会で開催される講演を、事業所部会の皆様にも、ご聴講して頂きたいと思い、ご案内させていただきます。

今回の相談支援部会も、西山クリニックの内藤様を講師にお迎えし、依存症についての研修を行うことになりました。この企画は昨年度からの続きとして、第2回の開催予となります。（研修の内容としては、前回の1回目は、まず依存症について基本的な部分での講義を実施しました。今回、2回目は事前にアンケートをとり、対応の仕方等具体的な事例を含めての講義という予定になっております。）

今回もZOOMにて行います。以下詳細をご確認の上、ご回答にお時間のないところで大変申し訳ございませんが、**4月27日(火)まで**に出欠のご連絡をお願いいたします。

後日、zoom会議室のアドレスを送らせていただきます。

日程：4月28日(水) 13時30分～15時 ※(相談支援部会・事業所連絡会合同)

開催方法：ZOOM を使用してのオンライン開催

内容：「依存症について」～支援のための連携、現在の医療の流れと国の施策～

講師 西山クリニック 精神保健福祉士 内藤 千昭 氏

令和3年度西区自立支援連絡協議会

「第1回 相談支援部会」出欠票

MAIL : kyogikaijsk@gmail.com

FAX : 502-5806 (送付状は不要です)

4月27日(火)までにご回答ください。

4月28日(水)の「第1回 相談支援部会」に

出席 (ZOOM)

欠席

いたします。 ※どちらかに0をつけてください

事業所名 【 】

メールアドレス【 】

出席確認後、データでの資料配布やZOOMの入室パスコードのご案内等もあるため、可能でしたら、スマートフォン以外でのメールアドレスの記載をお願いします。

出席者 氏名(フルネーム) 【 】

【 】

【 】 複数記入可

【問い合わせ先】西区障害者基幹相談支援センター本部
担当：長屋・加藤 TEL(052)504-2102