



「エンド・オブ・ライフケア」

～ 人生の最終段階に対するケア ～



人間が必ず迎える「死」をどのようにとらえたらよいのか。また、その人の周りにいる家族や関係者はどのように考えてよいのかなど、できましたら事例なども入れていただきご講義をお願いしたいと考えております。

- ◆ 日 時：2018年 12月6日（木）
- ◆ 会 場：町田市医師会館 3階ホール
- ◆ 時 間：19：30 ～ 21：00（受付：19：00～）
- ◆ 講 師：川村クリニック

院長 川村 益彦 先生

- ◆ 対 象：町田市医療・介護保険関係事業所等
- ◆ 定 員：50名（先着順）
- ◆ 内 容：「エンド・オブ・ライフケア（仮）」について学んでいく。

講師 プロフィール 川村 益彦 先生

町田市医師会 監事・顧問

町田安心して暮らせるまちづくりプロジェクト協議会 会長

東京慈恵会医科大学卒業
東京慈恵会医科大学 第四内科入局
川村クリニック院長
医療法人社団幸益会 理事長

学位・資格 医学博士、産業医、スポーツドクター

専門医 日本内科学会認定医、日本循環器学会専門医

《申込方法・問い合わせ先》

「参加申込書」に必要事項をご記入のうえ、**2018年11月22日（金）までに**
町田市介護人材開発センター事務局へFAX、またはEmailにてご提出ください。

※本研修は、参加決定通知はお送りしませんので、ご承知おきください。

一般社団法人 町田市介護サービスネットワーク

町田市介護人材開発センター 事務局

電話：042-851-9578 FAX：042-851-9579

E-mail：info@machida-kjkc.jp



FAX 番号：042-851-9579 (町田市介護人材開発センター事務局)
E-mail : info@machida-kjkc.jp **2018年11月22日(金)まで**

「エンド・オブ・ライフケア」

(12/6)開催 参加申込書

申込年月日： 年 月 日

【必須：申込担当】

法人・事業所名：

担当者名：

住 所	〒	
メールアドレス		
電話番号 [連絡先]	—	—
FAX番号 [連絡先]	—	—

【参加者名】

No	所属部署 (事業所) 名	事業種	職 種	氏 名
1				
2				
3				

《事業種 No.》

1. 特養 2. 通所介護 3. 福祉用具 4. 訪問看護 5. 特定施設 6. 居宅介護支援 7. 訪問介護
8. 老健 9. 小規模多機能特定施設 10. グループホーム 11. 高齢者支援センター 12. 医療機関
13. その他 ()

※ いただいた情報は適正に管理し、研修事業の目的以外には使用いたしません。
ありがとうございました。

事務局使用欄

受付	入力	決定通知