送信先（添書不要）

村山保健所　保健企画課　精神保健福祉担当　行　FAX 023-627-1126

**平成31年３月11日（月）精神保健福祉研修会　参加申込書**

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

電話番号　　　　－　　　　－　　　　　　FAX番号　　　　－　　　　－

参　加　者（参加申込締め切り**３/６**）

|  |  |
| --- | --- |
| 職　名（職　種） | ふりがな  氏　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※申し込み多数の場合には、人数を調整させていただくことがあります。

それぞれの機関がどのような内容で退院後支援に関われるか知っていただくために、グループワーク用の資料として、各施設の情報をお知らせください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| 連絡先 | ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 相談窓口  受付時間 |  | |
| 職員体制  （職種等） |  | |
| サービス提供  地域 |  | |
| 支援内容 |  | |
| その他  （施設のＰＲ等） |  | |

記載例

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | ○○病院 | |
| 住所 | △△市○○町１－２－３ | |
| 連絡先 | ＴＥＬ  　０２３－○○○－△△△△ | ＦＡＸ  　０２３－△△△－□□□□ |
| 相談窓口  受付時間 | 医療相談室  月～金　９：００～１７：３０ | |
| 職員体制  （職種等） | 精神保健福祉士 | |
| サービス提供  地域 | 村山地域  （デイケア、訪問看護については△△市、○○市、□□町） | |
| 支援内容 | ・退院後の生活についての相談  ・社会福祉制度についての相談 | |
| その他  （施設のＰＲ等） | 精神科デイケア、訪問看護の利用についても相談ください。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | 地域活動支援センター□□ | |
| 住所 | ○○市△△町１－２－３ | |
| 連絡先 | ＴＥＬ  　０２３－□□□－△△△△ | ＦＡＸ  　０２３－○○○－□□□□ |
| 相談窓口  受付時間 | 月～土　９：００～１７：００ | |
| 職員体制  （職種等） | 施設長、相談支援専門員、生活指導員  （精神保健福祉士、社会福祉士） | |
| サービス提供  地域 | △△市、○○市、□□町 | |
| サービス内容 | ・障がい福祉サービス利用相談  ・生活、就労に関する相談  ・レクリエーション、季節の行事 | |
| その他  （施設のＰＲ等） | 日中の居場所、仲間づくり、生活リズムを整えるための場として利用できます。 | |