資料6

南埼医第２９号
令和８年７月２７日

南埼玉郡市医師会管内
医療機関・介護事業所　各位

一般社団法人南埼玉郡市医師会
南埼玉郡市在宅医療サポートセンター
会長　斎木　徳祐

ＭＣＳの利用促進及び多職種連携に関する研修会の開催について（通知）

時下ますますご清栄のことと心よりお喜び申し上げます。
日頃より当医師会の活動にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、このたび南埼玉郡市在宅医療サポートセンターにおきまして、下記のとおり「ＭＣＳ（メディカルケアステーション）の利用促進及び多職種連携に関する研修会」を開催することといたしました。
ご多忙の折、誠に恐縮ですが、是非ご参加いただけますようお願い申し上げます。

記

１．開催日時　　令和８年９月２９日（火）１９：００～２１：００

２．研修内容　　①ＭＣＳの概要説明（１５分程度）
〇講　師：　今永　光彦　医師（奏診療所）
②シンポジウム
「ＭＣＳでよりよい多職種連携を実現するために
―各職種からみた現状と展望―」
〇座 長：今永　光彦　医師（奏診療所）
〇シンポジスト（発表：１人１０分目安　５０分）
・邉田　哲郎　医師　（白岡ファミリークリニック）
・桑山　綾子　看護師　（いなほの訪問看護ステーション）
・吉川　陽子　薬剤師　（コスモ薬局蓮田）
・平塚　眞希子 介護支援専門員　（ライフサポート若桜）
・戸住　貴信　理学療法士　（白岡訪問看護ステーション）
③ディスカッション
シンポジストの発表後、座長が進行役でシンポジストとフロア参加者がディスカッションを行う

３．開催場所　　白岡市生涯学習センター　こもれびの森　多目的ホール
（埼玉県白岡市千駄野４３２番地）

４．参加対象　　南埼玉郡市医師会管内　医療・介護関係者

５．申込方法　　別紙 「ＭＣＳの利用促進及び多職種連携に関する研修会（９月２９日）参加申込方法」参照

６．その他　　代表メールアドレスの登録にご協力をお願いいたします。別添「医療機関・事業所代表メールアドレス登録のご協力のお願い」をご参照ください。

【担当】
南埼玉郡市在宅医療サポートセンター
（南埼玉郡市医師会）　真辺、岩楯
TEL 0480-23-8044
FAX 0480-29-2848
E-mail　manabe@nansai-med.jp

資料6

（別　紙）

ＭＣＳ利用促進及び多職種連携に関する研修会
（９月２９日）参加申込方法

申込締切：令和８年９月１８日（金）

①下記のＵＲＬまたはＱＲコードからお申し込みください。

https://forms.gle/fuaL6RDE7QptQzgC6

申込用 QR コード

②メールによる回答をご希望の方は、以下（１）～（４）を本文に入力の上、担当者アドレスに送信してください。

（１）所属機関名
（４）MCS に関するご質問があれば記載
（２）氏名
（３）職種　　担当者アドレス：manabe@nansai-med.jp

③ＦＡＸによる回答をご希望の方は、別紙 FAX 送信票にご記入の上、そのまま送信してください。（送信票不要）

ＦＡＸ送信票

南埼玉郡市在宅医療サポートセンター　行
（ＦＡＸ番号：０４８０－２９－２８４８）

所属機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職　種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職　種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職　種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職　種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職　種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・MCS に関するご質問があればご記載ください。

医療機関・事業所代表メールアドレス登録のご協力のお願い

研修会のご案内やアンケート調査依頼、在宅医療・介護に関する情報提供につきまして、今後は基本的に医療機関・事業所代表メールアドレス宛てにご案内させていただきます。

お手数をおかけし大変恐縮ですが、下記１～３のいずれかの方法で**令和８年９月３０日（水）まで**に、医療機関・事業所代表メールアドレスをご登録くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご登録いただいたメールアドレスは、下記の利用目的のみに使用し、第三者に提供することはございません。個人情報の取り扱いに関するお問い合わせにつきましては、南埼玉郡市在宅医療サポートセンターまでご連絡ください。

○メールアドレスの利用目的
・南埼玉郡市在宅医療サポートセンターにて企画実施する研修会、連携会議等の開催についてのご案内。
・在宅医療・介護連携推進事業に関するアンケート調査の依頼、調査結果の報告。
・在宅医療・介護に関する情報提供。

○メールアドレス登録方法

１．Google フォームで入力
https://forms.gle/RSCG2RiPZSDWms3z5

代表メール登録 QR

２．メールで送信　①医療機関・事業所名
②メールアドレス
③所属部署・担当者名を　manabe@nansai-med.jp　へ送信。

３．ＦＡＸで送信　下記にご記入の上、このまま送信してください（送信票不要）

ＦＡＸ送信票

南埼玉郡市在宅医療サポートセンター 行
ＦＡＸ番号：０４８０－２９－２８４８

※ＭＣＳ研修会の参加申込票ではありません。
研修会の申込みは、別紙の参加申込票から
お願いいたします。

医療機関・事業所名（　　）

メールアドレス（　　）

所属部署・担当者名（　　）

【ご注意ください】※アルファベット、数字など判別しやすいようにご記入ください。
例）l（アルファベットのエル）と１（数字のイチ）
O（アルファベットのオー）と０（数字のゼロ）
Z（アルファベットのゼット）と２（数字のニ）