

第6回

南大阪介護事業所連絡会

(泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町)



仲秋の候 貴社におかれましては 益々ご繁栄のこととお慶び申し上げます
さて、このたび3市3町で下記のとおり令和5年度 研修会・報告会及び交流会を
開催させていただきます。

なにかとお忙しいとは存じますが、多くの方にご参加頂きますよう、宜しく願い申
し上げます。



1部 研修会

「大阪府の高齢者施策の
現状と今後について」

大阪府福祉部高齢介護室長
片伯部 真由

片伯部 真由氏 プロフィール

立命館大学法学部卒業後、平成6年4月大阪府に入庁。
税務や財務外、多岐にわたる分野の職務に従事し、医療
対策課参事、魅力づくり推進課長、男女参画・府民協働
課長を経て令和4年4月より現職。
人生100年時代を迎え、自らの介護の実体験も踏まえつつ、
「みんなで支え 地域で支える 高齢社会」
をめざし、より良い施策の実現に向けて日夜奔走している。

日時

2023
11.18 (土)

18:00～ ※17時15分受付開始

場所

スターゲートホテル関西エアポート
6F RICC

参加費

6,000円 ※参加費の事前振込みにご協力をお願いいたします

【お申し込み締切】 11月16日 (木)

※定員に達し次第締め切りとさせていただきます。

お申込み



◁二次元コードを讀取ってかんたんお申込み。
※FAXでのお申し込みは裏面の参加申込書にご記入し
送信をお願いします。

The guests

Time Schedule

17:15	受付
18:00	1部 研修会
18:30	「大阪府の高齢者施策の現状と今後について」
18:45	2部 南大阪介護事業所連盟報告会
20:30	3部 交流会

主催団体

泉佐野市田尻町介護事業所連絡会
熊取町介護事業所連絡会
泉南市介護事業所連絡会
南大阪訪問看護連絡会準備室

共催団体

南大阪介護事業所連盟
日本介護協会
大阪介護支援専門員協会 泉佐野・熊取・田尻支部
大阪介護支援専門員協会 泉州南支部

後援団体 大阪府

協力団体(行政)

泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・
田尻町・岬町広域福祉課
泉佐野市介護保険課
泉佐野市地域共生推進課
熊取町健康福祉部介護保険課
泉南市福祉保険部長寿社会推進課
田尻町民生部高齢障害支援課
阪南市健康部介護保険課
岬町しあわせ創造部高齢福祉課介護保険係

協力団体

泉佐野市社会福祉協議会
基幹包括支援センターいずみさの
熊取町地域包括支援センター やさか
泉南市地域包括支援センター なでしこりんくう
泉南市地域包括支援センター 六尾の郷
田尻町地域包括支援センター 花みずき
阪南市尾崎・東鳥取地域包括支援センター
阪南市西鳥取・下荘地域包括支援センター
岬町社協地域包括支援センター
泉佐野 泉南医師会地域連携室

FAX専用 (FAX番号 072-462-5400)

南大阪介護事業所連絡会

参加申込書

FAX送信先

泉佐野市田尻町介護支援専門員連絡会事務局
(基幹包括支援センターいずみさの)



⇐二次元コードから
参加申込みがかんたんです

事業所名			チェック	<input type="checkbox"/> 泉佐野市 <input type="checkbox"/> 泉南市 <input type="checkbox"/> 阪南市 <input type="checkbox"/> 熊取町 <input type="checkbox"/> 田尻町 <input type="checkbox"/> 岬町 <input type="checkbox"/> その他
参加者氏名	所属に○をして下さい CM・デイ・訪介 訪看・福祉用具 地域密着 その他	参加者氏名	所属に○をして下さい CM・デイ・訪介 訪看・福祉用具 地域密着 その他	
参加者氏名	所属に○をして下さい CM・デイ・訪介 訪看・福祉用具 地域密着 その他	参加者氏名	所属に○をして下さい CM・デイ・訪介 訪看・福祉用具 地域密着 その他	
〒				
事業所住所				
電話番号	-	-	参加支払い方法	お振込み <input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/>

※参加費の事前振込みにご協力をお願いいたします。

※上記申し込みとは異なります。

協賛申込書



⇐二次元コードから
協賛申込みが可能です

【ご協賛金】5,000円/1口 × () 【追加特典】(口数に応じて特典が追加されます)

■施設・介護事業所様

- 式次第に事業所名の記載
- 南大阪介護事業所連盟にご登録(協力会員)/1年間

■上記以外の企業・団体様

- 式次第に事業所名の記載
- 南大阪介護事業所連盟にご登録(登録会員)/1年間

- 2口/参加事業所一覧表の提供

南大阪介護事業所連盟ホームページ内に
企業名又は企業ロゴを掲載
会場にパンフレット設置

- 4口/ブース出展(1区画:間口90cm×奥行90cm)
席にパンフレット配布

※ご協賛いただける場合は☑にチェックと口数の明記をお願い致します。

※ご協賛金は参加費とは別にお申込みと費用が必要になります。 ※詳細は、事務局よりご連絡をいたします。

※下記の銀行口座でお支払いをお願いいたします。 ※振込手数料はご負担のほど、宜しくお願い致します。

法人名	
協賛申込み番号	申込者氏名
〒	
事業所住所	
電話番号	FAX 番号
E - mail	



参加費・ご協賛のお振込みは
池田泉州銀行 泉佐野支店 普通預金 3114890
一般社団法人南大阪介護事業所連盟
代表理事 中野有一朗

※振込手数料はご負担をお願い致します。
※当日会場でのお支払いも可能です。
※お手数ですが振込み備考欄に申込みと
同一名をご記載ください。
※不参加によるご返金はお受けできません。



二次元コードを讀取ってお問い合わせください。