

7 福医ソ協第 27 号
令和 7 年 12 月 1 日

各関係病院長 様
各関係施設長 様

福島県医療ソーシャルワーカー協会
会 長 熊 田 貴 史
(公 印 省 略)

ソーシャルワーク研修パート 3 の開催について（ご依頼）

当協会の運営につきましては、日頃よりご理解とご協力を賜り、
心より感謝申し上げます。

さてこの度、標記の研修会を下記の日程にて開催いたします。
つきましては、業務多忙とは存じますが、貴機関所属の会員の参加について
ご配慮下さいますよう、宜しくお願い申し上げます。

記

1. 日 時 : 令和 8 年 1 月 18 日（日）13:30~16:30
(受付開始: 13:00~)
2. 会 場 : 緑風苑
福島県郡山市熱海町熱海5丁目 250
3. 内 容 : スーパービジョン
4. 定 員 : 30 名
5. 参 加 費 : 1000 円

7 福医ソ協第 27 号
令和 7 年 12 月 1 日

会 員 各 位

福島県医療ソーシャルワーカー協会
会 長 熊 田 貴 史
(公 印 省 略)

ソーシャルワーク研修パート 3 の開催について（案内）

前略、会員の皆様におかれましては、益々ご活躍のことと存じます。さて、当協会企画の標記の研修会を下記の通り開催いたします。是非多くの会員の方に参加頂きたく、ご案内いたします。

記

1. 日 時 : 令和 8 年 1 月 18 日 (日) 13:30~16:30
(受付開始 13:00~)

2. 会 場 : 緑風苑
福島県郡山市熱海町熱海 5 丁目 250

3. 内 容 : スーパービジョン ※認定ポイント 4pt

4. 定 員 : 30 名

5. 参 加 費 : 1000 円
受付時にお支払いいただき、領収書を発行いたします。

6. 申 込 先 : 南東北福島病院 医療相談課 後藤優介
メールアドレス: fukushimasodanshitsu@mt.strins.or.jp
※別紙「参加申込書」をメールに添付して申し込みください。
※件名を「研修申し込み」としていただくと幸いです。

7. 申込締切 : 令和 8 年 1 月 7 日 (水)
期限を過ぎた申込みは受付できません。締め切り厳守でお願いします。

8. そ の 他

- ・県協会未加入の方は研修日までに加入をお願い致します。
- ・この研修は「認定医療社会福祉士」のポイントとなります。
- ・尚、定員に達した場合は、担当よりご連絡いたします。

9. 当日の注意点

- 空調設備はございますが、体温調整ができる服装でお越しください。
- 講師部では記録や質の向上のために撮影や記録を行いますので、ご了承下さい。

10. 問い合わせ先：南東北福島病院 医療相談課 後藤優介
TEL：024-593-6256

ソーシャルワーク研修（パート 3 ）

参 加 申 込 書

申込み先：

メールアドレス：

機関名

氏 名	経験年数	県協会入会 の有無	備考
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

※お手数ですが、 1 月 7 日 （水）までにお送り下さい

期限を過ぎた申込みは受付できません。締め切り厳守でお願いします。