



第3回

一般社団法人 松山市医師会

松山市在宅医療支援センター市民公開講座

要配慮者の災害対策と地域づくり

～私たちができること～

日時

令和6年

9月7日(土)

14:30~17:00

※悪天候等によりやむを得ず中止する場合がございます。
松山市医師会ホームページにてご確認ください。

参加料
無料

会場

松山市総合コミュニティセンター
カメラリアホール



手話通話



要約筆記
付き



総合司会：松山市医師会 地域連携部主任理事 浅野 光一



第1部
基調
講演

在宅医療患者を災害から守るために今できること

～東日本大震災から能登半島地震までの災害支援を通じて～

講師

北良株式会社 代表取締役社長

笠井 健 氏

座長：松山市医師会地域連携部、
救急・災害・感染医療部副主任理事

吉野 到

一般社団法人 日本呼吸療法医学会 小児在宅人工呼吸検討委員会 委員

一般社団法人 日本産業・医療ガス協会 医療ガス部門 岩手県支部長

いわてチルドレンズヘルスケア連絡会議 委員

2020年 第17回 企業フィランソロビー大賞、第73回 岩手日報文化賞 受賞

2023年 公益財団法人社会貢献支援財団 第59回 社会貢献者表彰 受賞

第2部 私たちの町 ～知っておきたい様々な取り組み～

座長：松山市在宅医療支援センター運営委員

自分に合った防災計画を考えるために知っておきたいこと

亀井 敏光

シンポジスト：松山市、開業医、NTT 西日本四国支店、四国電力送配電(株)、四国ガス(株)

「分かっていたのに備えていなかった…」災害で大事な家族や住まい、仕事、生活を失った後に残るのは「後悔」です。
個別避難計画、福祉避難所、災害訓練、今やっていることは本当に役に立つの？を被災地の目線で考えましょう。

お申し込み方法

① FAX
住所、氏名、電話番号をご記入の上、下記まで

② TEL
(089) 915-7780 ※月～金(9:00～17:00)【祝日を除く】

※複数名でお申し込みの場合は、「代表者を含め〇〇名申込」とご記入ください。

※整理券の発行はいたしません。

※いただいた情報は運営目的以外には使用いたしません。



▲QRコードからもお申込みいただけます。

③ 郵便ハガキ
住所、氏名、電話番号をご記入の上、下記まで

④ Eメール
shien1@mma-ehime.or.jp

ご来場にあたり配慮が必要な方は、ご要望をご記入ください。例) 車いす使用 など ※ホール内での電源の使用はできません。

お申し込み先

〒790-0014 松山市柳井町2丁目85番地 松山市在宅医療支援センター市民公開講座 係
TEL: (089) 915-7780 FAX: (089) 915-7773

●主催 / 一般社団法人 松山市医師会 松山市在宅医療支援センター

●後援 / 松山市、(一社)愛媛県医師会、(公社)愛媛県看護協会、(公社)愛媛県理学療法士会、(一社)愛媛県精神保健福祉士会、(一社)愛媛県社会福祉士会、(一社)愛媛県介護福祉士会、愛媛弁護士会、愛媛県司法書士会、(一社)愛媛県介護支援専門員協会、(社福)松山市社会福祉協議会、(一社)松山市歯科医師会、(一社)松山薬剤師会、松山市介護支援専門員協議会、(株)愛媛新聞社、(株)えひめリビング新聞社、南海放送、テレビ愛媛、NHK松山放送局、愛媛朝日テレビ、あいテレビ、(株)愛媛CATV、松山商工会議所、NTT西日本四国支店、四国電力送配電(株)、四国ガス(株)【順不同】

お問い合わせ

松山市在宅医療支援センター ☎(089) 915-7780 shien1@mma-ehime.or.jp

第3回

一般社団法人 松山市医師会
松山市在宅医療支援センター市民公開講座

申込書

お申し込み方法

- ① F A X : 下の申込書にご記入のうえ、下記まで
- ② T E L : (089)915-7780 ※月～金(9:00～17:00)【祝日を除く】
- ③ 郵便ハガキ : 下の申込書にご記入のうえ、貼り付けて投函
- ④ E メール : shien1@mma-ehime.or.jp

※右のQRコードからもお申し込みいただけます。



★複数名でお申し込みの場合は、「代表者を含め〇〇名」とご記入ください。

FAX : (089)915-7773

※FAXの方はご記入の上、切らずに送信してください。

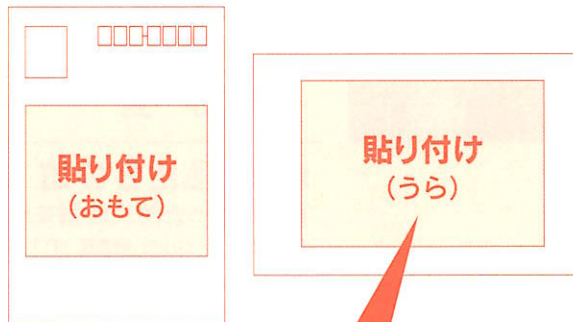
お申し込み先

〒790-0014
松山市柳井町2丁目85番地
松山市在宅医療支援センター市民公開講座 係

TEL : (089)915-7780
FAX : (089)915-7773

ハガキを利用される場合

点線部を切り取って貼り付けて投函してください。



※横向きにはみださずにお貼りください。

- 申し込まれた方へ整理券の発行はいたしません。直接会場にお越しください。
- 参加申込書でいただいた情報は、本講座の運営目的以外には使用いたしません。

〒790-0014 松山市柳井町2丁目85番地
松山市在宅医療支援センター
市民公開講座係 行き

代表者 (代表者を含め _____ 名申込)

フリガナ	
氏名	
住所	〒 _____
電話	

※代表者の方について当てはまるものをお選びください。

- ① 年齢
 20歳未満 20～49歳 50～69歳 70～89歳 90歳以上
- ② 職業
 市民 医療関係 介護・福祉関係
 行政関係 学生 その他()
- ③ ご来場にあたり配慮が必要な方は、ご要望をご記入ください。
例) 車いす使用 など()
- ④ 本講座をどこでお知りになりましたか？
 松山市医師会郵送 ポスター 広報 職場
 職能団体案内 知人の紹介 その他()
- ⑤ 今後、松山市医師会から各種イベントのご案内をさせていただいてもよろしいでしょうか。
 はい いいえ