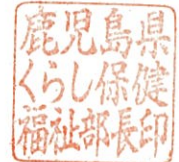


障 福 第 7 9 7 号
令和 2 年 1 月 17 日
(障害福祉課扱い)

鹿児島県ソーシャルワーカー協会 会長 様

鹿児島県くらし保健福祉部長



鹿児島県てんかん治療医療連携協議会委員の推薦について (依頼)

時下、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

本県の精神保健福祉行政の推進につきましては、日頃より御理解・御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、県では、今年度より、鹿児島大学病院をてんかんの治療を専門的に行う「てんかん診療拠点機関」として指定し、鹿児島県てんかん治療医療連携協議会(以下、「連携協議会」という。)において専門的な相談支援、他の医療機関や患者・家族等の連携・調整等を図り、てんかん診療における連携体制を構築することとしております。

つきましては、連携協議会の設置に当たり、下記のとおり貴職からの御推薦を基に委員を委嘱したいと考えておりますので、別紙により令和2年1月31日(金)までに適任者を御推薦くださるようお願いいたします。

なお、御推薦に当たっては、誠にお手数ですが、被推薦者本人の承諾書も提出くださるよう、併せてお願いいたします。

記

1 推薦依頼人数

1 名 (医療現場担当者)

2 任期

令和2年3月1日から令和4年2月28日まで

(問合せ・送付先)
鹿児島県くらし保健福祉部障害福祉課
精神保健福祉係 担当：富永
〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10-1
TEL 099-286-2754
FAX 099-286-5558

推 薦 書

下記の者を鹿児島県てんかん治療医療連携協議会の委員に推薦します。

記

ふりがな 氏 名	勤務先	勤務先住所

令和 年 月 日

[推薦機関・団体の長]

印

鹿児島県くらし保健福祉部長 殿

(障害福祉課扱い)

承 諾 書

鹿児島県てんかん治療医療連携協議会の委員に就任することを承諾
します。

記

[住 所]

[氏 名]

印

[勤務先]

[勤務先住所]

令和 年 月 日

鹿児島県くらし保健福祉部長 殿
(障 害 福 祉 課 扱 い)