

鹿市医第9号
令和6年4月3日

会 員 様

鹿児島市医師会
会長 上ノ町 仁

鹿児島市介護認定審査会委員の募集について（お願い）

かねてから、本会の事業にはご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、鹿児島市長から、標記審査会第18合議体の委員より辞任の申し出があったことから、後任の推薦依頼がありました。

同合議体の委員については、前回各専門医会からの推薦がいただけなかったため、全会員への公募により選出したことから、今回も日頃から介護事業に従事しておられる会員や興味をお持ちの会員等へ広く募集いたします。

つきましては、ご多用中誠に恐縮ですが、事情をご賢察のうえ、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、委員をお引き受けいただける場合は、別紙にご記入のうえ4月15日（月）までにFAX（225-6099）等でご回答くださいますようお願いいたします。

記

【後任の推薦に係る情報】

- (1) 推薦人数：1名（任期・・・委嘱の日から令和7年3月31日まで）
- (2) 合 議 体：第18合議体
- (3) 日 時：隔週月曜日の14時00分～17時00分
- (4) 場 所：鹿児島市役所（山下町11-1）
- (5) 報 酬：16,000円/回
- (6) 推 薦 期 限：令和6年4月15日（月）
- (7) そ の 他：ご推薦いただいた新任の方に対しては、5月以降に研修が予定されており、内容・日程については直接ご案内されるとのことです。ただし、後任委員が早めに決定した場合は、研修等も早まる可能性があるとのことです。

【連絡先】

〒892-0846 鹿児島市加治屋町3-10
鹿児島市医師会中央事務局地域医療課（担当：永田・中迫）
TEL：099-226-3737
FAX：099-225-6099
E-mail：kasii-tii@city.kagoshima.med.or.jp

鹿児島市介護認定審査会委員の募集について（回答用紙）

1. ご出向いただける場合は○印をお願いいたします。

合議体名	開催時間帯	○印記入欄
第18合議体	(隔週月曜 午後2時～午後5時)	

2. 所属されている専門医会・団体等がございましたら○印をお願いいたします。
記入欄のない所属団体の場合はお手数ですが団体名をご記入ください（複数回答可）。

医会・団体名	○印記入欄	医会・団体名	○印記入欄
市内科医会		県精神科病院協会	
市外科医会		市老人保健施設連絡協議会	
市整形外科医会		他医会・その他 ()	
市脳神経外科医会		無所属	

ご氏名 : _____

医療施設名 : _____

ご連絡先 : _____

連絡先：鹿児島市医師会事務局（担当）永田・中迫 TEL:226-3737 FAX:225-6099