


## 令和5年度第1回医療事業部研修会(要項)

主 催	(公社) 熊本県栄養士会 医療事業部	
日 時	令和5年6月17日(土) 12:30~16:30	
会 場 名	熊本市医師会館 2階研修室およびオンライン開催	
住 所	熊本市中央区本荘3丁目3番3号	
内 容	<p>12:30 ~12:35</p> <p>12:35 ~13:00</p> <p>13:00 ~14:30</p> <p>14:40 ~16:10</p> <p>16:10 ~16:30</p>	<p>(1) 開会・挨拶</p> <p>(2) オリエンテーション 『 認定管理栄養士・認定栄養士制度について 』 (公社)熊本県栄養士会 会長 澤田 恵子 先生</p> <p>(3) 講義 ① 『 令和時代の脳卒中患者の栄養管理 —対策基本法や5カ年計画を踏まえて— 』 済生会熊本病院 脳卒中センター(脳神経内科) 特別顧問 橋本 洋一郎 先生</p> <p>休憩(10分)</p> <p>② 『 後方支援病院の役割「口から食べるプロジェクト」を通して ~食べて、歩いて、排泄して、自宅へ帰る~ 』 桜十字病院 栄養管理部 主任 西久保 百合子 先生</p> <p>(4) 事務連絡等 令和4年度事業報告・決算報告, 令和5年度事業計画案・予算案 質問等・連絡事項</p>
参 加 費	【会員】 500円	【会員外】 1,500円
申込み方法	<p>○オンライン参加の場合 ※定員に達し次第、受付終了となります。 ①パスマーケットで受講料の支払いをお願いします。(ZOOMでの申込みは不要です) ②受講料の確認後、6/14(水)までに参加用URLをお送りします。</p> <p>○会場参加の場合 「医療事業部研修会申し込み表」に必要事項を記入し、下記の送付先までFAXにてお申し込みください。 石神クリニック FAX:096-351-2545</p>	
支 払 方 法	<p>○会場参加の方は研修会当日、会場にて支払いをお願いいたします。</p> <p>○オンライン参加の場合、受講料は下記URL(パスマーケット)又はQRコードよりお支払いをお願いします。手数料については各自ご負担をお願いいたします。確認の都合上、</p>	

	<p>申込みフォームに入力した名前が異なる場合は、その旨ご連絡をお願いいたします。</p> <p>URL : <a href="https://passmarket.yahoo.co.jp/event/show/detail/0256pmh1kv131.html">https://passmarket.yahoo.co.jp/event/show/detail/0256pmh1kv131.html</a></p> 
申 込 期 限	令和5年6月12日(月)※申し込み振り込み期限です。期限厳守をお願いいたします。
問 合 せ 先	<p>(公社) 熊本県栄養士会医療事業部 担当 : 三島裕子</p> <p>連絡先: 熊本大学病院 栄養管理部 電話 : 096-373-7002</p> <p>e-mail : <a href="mailto:yuuko-mishima@kuh.kumamoto-u.ac.jp">yuuko-mishima@kuh.kumamoto-u.ac.jp</a></p>
そ の 他	<p>※今回の研修会は<u>糖尿病療養指導士認定更新1単位及び生涯教育実務研修 演習1単位</u>が取得できます。オンライン参加の方は、アンケートの回答をもって単位取得となりますので、単位取得を希望される方は必ずお名前の記入とアンケートの回答をお願いします。アンケートは研修会終了後表示されます。なお、単位取得のお申し込みは当日限りとさせていただきます。</p> <p>※Web配信はオンラインビデオ会議「Zoom」により行います。</p> <p>事前にZoomアプリのインストールをお願いします。</p> <p>※オンライン参加の方で、6月14日(水)までにメールが届かない場合は、恐れ入りますが下記の問い合わせ先までご連絡ください。</p> <p>※お送りいただいた個人情報は今回の事業に関する連絡にのみ使用させていただきます。</p> <p>※一旦納入頂きました受講料は原則として返金致しませんのでご了承ください。</p> <p>※令和5年度会費未納の方は、会費納入後にお申し込みください。</p> <p>※オンライン参加の方は別紙申し込み表による申し込みは要りません。</p> <p>※会場に参加される会員の方は、同封の令和4年度事業報告・決算報告、令和5年度事業計画案・予算案の冊子をご持参ください。</p>

医療事業部研修会(会場参加用)申し込み表(6月17日)

熊本市 有明 山鹿 菊池 阿蘇 御船 宇城 八代 水俣 人吉 天草

勤務施設名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

出席者名	会員番号	○を付けてください
		会員・会員外
		会員・会員外
		会員・会員外
		会員・会員外
		会員・会員外

送付先 石神クリニック 橋本宛

FAX: 096-351-2545

☆締め切り 令和5年6月12日(月)までFAXにて必着