

中医会発第68-207号
令和元年10月16日

一般社団法人臨床検査技師会 御中

一般社団法人 中部地区医師会
会 長 中 田 安 彦
担 当 理 事 仲 地 健
-公印省略-

中部地区医師会糖尿病医療ネットワーク委員会
推奨講演会開催について(ご案内)

謹啓 時下ますます、ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、当委員会では、平成19年度より沖縄県の地域医療連携推進事業の補助により中部地区医師会糖尿病医療ネットワーク委員会(旧中部地区糖尿病標準治療推進委員会)を設置し、糖尿病診療に関わる多くの会員へ各種講演会や症例検討会を企画・提供し、安心・安全、質の高い医療を地域住民へ提供すべく、関係機関の連携を目指し活動して参りました。平成29年度からは更に幅広く多職種(新たに養護教諭・介護関係者等)にも参加を呼びかけ、実効ある糖尿病医療連携の推進を行って参りたいと考えております。

そこで勉強会として、下記の日程で講義を開催致しますので、ご多忙の折とは存じますが万障お繰り合わせの上、糖尿病診療に携わる医師・コメディカルの皆様のご参加をお待ちしております。

つきましては、会場諸準備の都合上、参加いただける場合は、下記の申込書にて 10月28日(月)までに中部地区医師会事務局へFAX(936-8207)にてお申込み下さいようお願い申し上げます。

※この講演会では軽食を準備させていただきますが、参加申し込みを提出された数のみご準備致しますので、参加希望の方は申込書のご提出宜しくお願い致します。

謹白

日 時：令和元年10月30日(水)【19時00分～20時40分】

場 所：中部地区医師会 3階ホール 住所：北谷町字宮城1-584 TEL：098-936-8201

製品紹介：【19：00～19：10】

【演題1】【19：10～20：10】

座 長：中部地区医師会糖尿病医療ネットワーク委員会 委員長 仲地 健 先生

演 題：「これからはじめるインスリン治療」

演 者：二田哲博クリニック姪浜 院長 下野 大 先生

【演題2】【20：10～20：40】

座 長：中部地区医師会糖尿病医療ネットワーク委員会 委員長 仲地 健 先生

演 題：「明日からできるインスリン導入支援」

演 者：翔南病院 糖尿病看護認定看護師 新崎 綾子 先生

※日本医師会生涯教育講座認定1.5単位(CC:申請中)/ (財)日本薬剤師研修センター認定単位1単位/日糖協療養指導医取得のための講習会 /日糖協歯科医師登録医のための講習会/日本糖尿病療養指導士 認定更新の為の研修会2群0.5単位/日本糖尿病療養指導士(都道府県看護協会主催・共催)看護師1群0.5単位/日本糖尿病療養指導士(都道府県病院栄養士協議会主催・共催)管理栄養士、栄養士1群0.5単位/日本糖尿病療養指導士(都道府県臨床(衛生)検査技師会主催・共催)臨床検査技師1群0.5単位/日本糖尿病療養指導士(都道府県理学療法士協会主催・共催)理学療法士1群2単位/日本病院薬剤師会生涯教育認定講座1単位/沖縄県地域糖尿病療養指導士認定更新のための研修単位1単位

共催/一般社団法人中部地区医師会、ノボノルディスクファーマ株式会社、公益社団法人沖縄県看護協会、公益社団法人沖縄県栄養士会医療事業部、一般社団法人沖縄県臨床検査技師会、公益社団法人沖縄県理学療法士協会、一般社団法人沖縄県薬剤師会、沖縄県中部地区歯科医師会、沖縄県病院薬剤師会

中部地区医師会糖尿病医療ネットワーク委員会 推奨講演会

開催日時：令和元年10月30日(水) 午後7時00分～午後8時40分

会 場：中部地区医師会 3階ホール

住所：北谷町字宮城 1-584 TEL：098-936-8201

※令和2年4月告示予定の沖縄県保健医療計画の中部地区糖尿病「初期・安定期治療」を担う医療施設として、中部地区保健医療協議会事務局(中部福祉保健所)より県医務課へ登録し、地域保健医療計画の中に掲載させて頂くこととしております。

下記の内容が掲載条件となりますので同治療を行っている、あるいは行う予定のある医療施設につきましては、何卒ご参加下さいますようお願い申し上げます。

- ①中部地区医師会糖尿病医療ネットワーク委員会の講義又は、日本糖尿病学会とその関連学会へ年2回以上参加頂きました医療機関。
 - ②日本糖尿病協会療養指導医の資格を提示頂きました医療機関。
- ※日本糖尿病学会とその関連学会へ参加されました医療施設(会員)は中部地区医師会事務局(098-936-8201)までご連絡して頂き、受講証のコピーのご提出をお願い致します。又、日本糖尿病協会療養指導医の資格を有する会員におかれましては、それを証明する証書のコピーのご提出をお願い致します。

推奨講演会 (参加申込書)

※ 参加の場合は施設名とお名前を記入し、下記連絡先へ返信をお願いします。

施設名 _____

参加者名① _____ ② _____ ③ _____

④ _____ ⑤ _____ ⑥ _____

[返信先：中部地区医師会 事務局 FAX：936-8207]