

第7回 糖尿病看護実践力開発セミナー

開催日時：2019（令和元）年7月28日（日）

9：30～16：50（8：50受付開始）

会場：福岡国際会議場 501会議室

住所：福岡県福岡市博多区石城町2-1 電話：092-262-4111

参加費：4,000円（弁当代その他を含む）

定員：264名（要予約・先着順）

テーマ：大血管障害がある糖尿病患者への看護

- Program -

司会：福岡県立大学 看護実践教育センター 別城 佐和子 先生

| 時間 | 内容 | 講師 |
|----------------------------------|---|---|
| 9:30~9:35 | 開会の辞 | 関西医科大学 基礎看護分野 看護学教育領域 教授 安酸 史子 先生 |
| 9:35~11:05 (90分) | 【第1部】 「血管を守るための 糖尿病治療ストラテジー」 ~beyond the BG control~ | 座長：関西医科大学 基礎看護分野 看護学教育領域 教授 安酸 史子 先生 演者：福岡大学医学部 内分泌・糖尿病内科 准教授 野見山 崇 先生 |
| 11:05~11:15 | 休憩 | |
| 11:15~12:45 (90分) | 【第2部】 「大血管障害がある 糖尿病患者への看護」 | 座長：産業医科大学病院 糖尿病看護認定看護師 松永 京子 先生 演者：関西医科大学 治療看護分野 慢性疾患看護学 教授 瀬戸 奈津子 先生 |
| 12:45~13:35 | 昼 休 憩 | |
| 13:35~16:45 途中休憩10分 (180分) | 【第3部】 演習 「大血管障害を持つ糖尿病患者の看護 ~症例提示とグループワーク~」 | 講師：鹿児島大学病院 糖尿病看護認定看護師 井手迫 和美 先生 ：長崎大学病院 糖尿病看護認定看護師 富永 玲子 先生 |
| 16:45~16:50 | 糖尿病看護実践力開発研究会 世話人会報告 閉会の辞 | 関西医科大学 基礎看護分野 看護学教育領域 教授 安酸 史子 先生 |

演習ファシリテーター 担当者：看護師（日本糖尿病療養指導士または糖尿病看護認定看護師）

| | | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|--------|-------|------------|
| 朝倉 智美 | 有馬 弥生 | 生駒 千恵 | 石井 由美 | 岡村 禎子 | 梶野 美保 | 鐘江 竜子 |
| 許田 英子 | 木村 久美 | 古賀 寛子 | 佐多 愛子 | 下川 要 | 末松 由美 | 鳥取 和代 |
| 十時 綾子 | 林 絵里香 | 原田 和子 | 比毛 美幸 | 藤井 純子 | 藤本 美枝 | 藤本 有紀 |
| 福島 綾子 | 別城 佐和子 | 本田 千晶 | 益坂 典子 | 山下 加代子 | 吉丸 愛 | (敬称略・50音順) |

※本セミナーは、日本糖尿病療養指導士認定更新のための研修会として

< 第1群 > 看護

4単位 申請予定

< 第2群 > 糖尿病療養指導士研修

2単位 申請予定

九州・沖縄・山口 各地域の糖尿病療養指導士認定更新のための研修会 各地域認定の単位 申請予定

主催：糖尿病看護実践力開発研究会

主催：株式会社 三和化学研究所

第7回 糖尿病看護実践力開発セミナー 申し込み方法

【受付開始日】 2019(令和元)年5月13日 午前8時 より

【受付締切日】 2019(令和元)年6月03日 午後5時 まで

※午前8時より前に申し込まれると無効になります。ご注意ください。

●e-mailでお申し込みください

下記アドレスより申込み専用様式をダウンロードしてください。

福岡県立大学ホームページ 新着情報「イベント」に掲載 (4月26日より掲載開始予定)

<http://www.fukuoka-pu.ac.jp/center/nursing/index.html>

※詳細は申し込み専用様式に記載しております

●e-mailがご利用になれない場合のみ、FAXでお申し込みください

下記をご記入の上、FAXでお送りください。

参加証の発行上、**1枚につき1名のお申込み**とさせていただきます。

申し込み先：株式会社 三和化学研究所 九州支店

FAX番号：092-415-3731 ※必ず送信履歴をご自身でご確認ください。

※申し込みが受理された皆様に関し「参加証(はがき)」を郵送いたします。

6月17日までに「参加証」が届かない場合は、

info_kangojissenryoku@skk-net.comへご連絡ください。

「参加証」はセミナー当日に必ずご持参ください。

| | | |
|--|---|--|
| 申込日 | 2019年 月 日 | |
| お名前 <small>1枚につき1名のみ記入</small> | フリガナ | 職種 ○をつけてください 看護師・管理栄養士・薬剤師・臨床検査技師 理学療法士・その他() |
| 所属機関 | 部署・病棟名 | |
| 参加証発送先 <small>※○をつけてください (所属機関・ご自宅・その他)</small> | 〒 - TEL() - 内線() FAX() - | |
| ご希望単位 <small>(○で囲ってください)</small> | J1・J2・CDEL()・不要 <small>※CDELご希望の方は、()に、ご希望の地域をご記入ください。 ※取得できる単位は1種類のみとなります。</small> | |

- ※ 個人情報の取り扱い・管理について
情報の取り扱い・管理については、担当者のみが行うものとし、厳重に管理致します。
また、参加申込み時にご記入頂く情報につきましては、本セミナー参加時のご本人様確認および事前の参加者定員到達の連絡時等のみに使用するものとし、それ以外の用途には使用致しません。
- ※ 受講票はご参加当日、受講終了後にお渡し致します。
全ての講義を受講された方のみ単位認定されます。