

# 保健指導者のための in 福岡 2015年5月30日(土) 熱中症 予防・対策セミナー 13:00~16:05(開場12:30~)

- 会場:天神クリスタルビル 大ホール ※会場の詳細は裏面をご覧ください。
- 対象者:保健師・看護師・訪問看護師・医師・社会福祉士・介護福祉士などの指導者
- 参加費:無料
- 定員:180人 申込締切:5月27日(水) ※定員になり次第、締切とさせていただきます。  
申込方法:裏面をご参照ください。

## 趣 旨

高齢化がさらに進み、限られた地域資源の中で、今後、保健指導者の果たすべき役割や業務はさらに大きくなることが予想されます。ますます、地域住民の健康ニーズを分野横断的に把握・評価し、効率の良いサービスを展開することが求められています。

活動を効果的に展開していくためには、地域の中で主体的な住民参加を促し、保健指導者、関係機関や専門職、住民が協働していくことが必要であり、5年、10年先につながる地域包括医療・ケアの基盤となるでしょう。

そこで当社は高齢者保健指導者に対して、必要で正しい最新の知識および、質の高い情報を提供すべく、本セミナーを開催いたします。

プログラム	
12:30~13:00	受付
13:00~〈5分〉	開会挨拶
13:05~〈20分〉	<b>地域の熱中症予防対策の取り組みについて</b> 講師:掛川 秋美氏(福岡県保健医療介護部 健康増進課 課長技術補佐 保健師)
13:25~〈50分〉	<b>熱中症の予防・治療と保健師・介護士への期待</b> 講師:田中 貴浩先生(産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健管理学研究室 専門修練医)
14:15~〈10分〉	休憩
14:25~〈60分〉	<b>高齢者における体液管理 ~かくれ脱水と経口補水療法~</b> 講師:谷口 英喜先生(神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科 医学博士 教授)
15:25~〈40分〉	<b>パネルディスカッション〈質疑応答〉</b> パネリスト:掛川 秋美氏(福岡県保健医療介護部 健康増進課 課長技術補佐 保健師) 田中 貴浩先生(産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健管理学 専門修練医) 谷口 英喜先生(神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科 医学博士 教授)〈50音順〉
16:05	閉会(アンケート回収)

## 会場案内 天神クリスタルビル 大ホール

〒810-0001 福岡市中央区天神4-6-7

●本部: (株)オー・エイチ・アイ TEL: 092-733-2681

●現地監視室: TEL: 096-732-3303

## アクセス

●電車: 西鉄大牟田線

「福岡(天神)駅」徒歩7分

福岡市営地下鉄空港線/篠崎線

「天神駅」徒歩4分

●バス: 西鉄バス「天神郵便局前」停 徒歩2分

「天神北」停 徒歩2分

●車: 福岡都市高速「天神北」出口 5分



## お申込み方法 下記①か②のいずれかの方法でお申込みください

①ホームページ [日本保健情報コンソシウム](#) 検索 よりお申込みください。

※返信メールを参加証とします。プリントアウトしてご持参ください。

②下記の申込用紙にご記入のうえ、FAX: 03-5772-6910へこの面のみ送信してください。

※当社事務局より郵送の参加証(はがき)をご持参ください。

**申込締切: 5月27日(水)** ※締切日前でも定員になり次第、締切とさせていただきます。

●個人情報の取扱いについて

ご提供いただく情報(個人情報を含む)は、一般社団法人 日本保健情報コンソシウムのホームページのプライバシーポリシーに公表されている利用目的、または法令に基づく使用目的以外では使用いたしません。この内容に同意いただいたうえでお申込みください。

●お問い合わせ先

〒102-0083 東京都千代田区麹町2-3-3 FDC麹町ビル3F 一般社団法人 日本保健情報コンソシウム事務局

TEL: 03-5772-7584 FAX: 03-5772-6910(9:00~17:00 土・日・祝を除く) eメール: info@concide.or.jp

## 指導者のための熱中症予防・対策セミナー[in 福岡] 申込用紙 このままご送信ください。

所属名:	TEL ( )
	FAX ( )
eメールアドレス	
(フリガナ) 申込者(代表者)氏名:	職種(いずれかに☑してください) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他( )
参加証送り先(住所): (〒 - )	都道 市区 府県 町村
同伴者氏名①:	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他( )
同伴者氏名②:	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他( )
同伴者氏名③:	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他( )
熱中症予防・対策について講師へのご質問等ございましたらご記入ください。	

※同伴者の方で参加証を直接郵送ご希望の場合は、申込用紙を別にお送りください。申込用紙はコピーしてご使用ください。

※申込者および同伴者様の職種は必ず印をつけてください。

▲ お申込み先:FAX 03-5772-6910 ▲