

平成28年10月29日(土)
13:30~15:45(受付13:00~)

コ・メディカルのための

COPDセミナー

慢性閉塞性肺疾患

受講料
無料

- 会場: シェーンバッハ・サボー(砂防会館別館) ※会場の詳細は裏面をご覧ください。
- 対象者: 保健師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・理学療法士などの指導者
- 定員: 先着150人(肺年齢測定会は合計先着50人) ※お申し込み方法は裏面をご覧ください。

12:30-13:20 肺年齢測定会 I ※事前申込(裏面をご覧ください)。参加される方は事務局よりお送りした参加証をご持参ください。

13:00-13:30 開場(受付)

13:30-13:35 開会挨拶

日本臨床生理学会 会長 千葉大学医学部附属病院 呼吸器内科 教授 巽 浩一郎 先生

13:35-14:05 基調講演

肺と心臓が共にダウンするCOPD

千葉大学医学部附属病院 呼吸器内科 教授 巽 浩一郎 先生

14:05-14:35 実演

COPDの呼吸リハビリテーション

~呼吸法の指導はどのように行なっていますか?~

順天堂大学大学院リハビリテーション医学 佐野 裕子 先生

14:35-15:05 特別講演

隠された呼吸器疾患 ~ドクターGの経験より~

千葉大学医学部附属病院 総合診療科 教授 生坂 政臣 先生

15:05-15:15 休憩10分

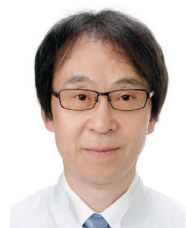
15:15-15:45 Q&Aセッション

巽 浩一郎 先生 / 生坂 政臣 先生 / 佐野 裕子 先生

千葉大学医学部附属病院 呼吸器内科 講師 寺田 二郎 先生

15:45 閉会(アンケート回収)

16:00-17:00 肺年齢測定会 II ※事前申込(裏面をご覧ください)。参加される方は事務局よりお送りした参加証をご持参ください。



巽 浩一郎 先生



佐野 裕子 先生



生坂 政臣 先生



寺田 二郎 先生

共 催: 第53回日本臨床生理学会総会 / 一般社団法人COPD啓発プロジェクト / 株式会社朝日新聞社 / グラクソ・スミスクライン株式会社

後 援: 日本COPD対策推進会議(公益社団法人日本医師会 / 一般社団法人日本呼吸器学会 / 公益財団法人結核予防会

一般社団法人日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 / 一般社団法人GOLD日本委員会)

東京都、神奈川県、埼玉県、公益社団法人東京都看護協会、公益社団法人東京都薬剤師会、公益社団法人東京都理学療法士協会(順不同)

事務局: 一般社団法人日本保健情報コンソシウム

回覧して皆様でご覧ください

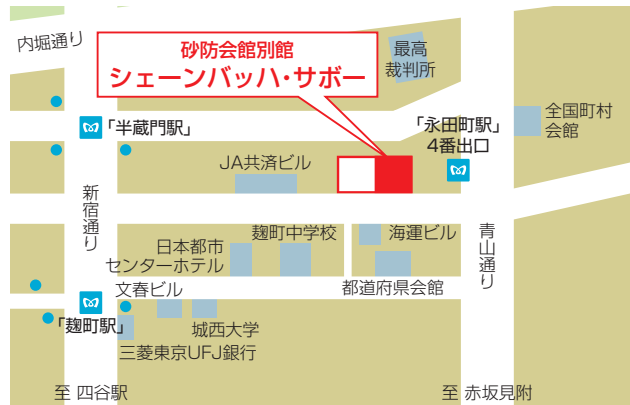
会場

シェーンバッハ・サボア (砂防会館別館) 1階大会議場・木曽

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4
TEL:03-3261-8386(代表)

アクセス

- 地下鉄永田町駅(有楽町線・半蔵門線・南北線)
4番出口より徒歩1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 よりお申込みください。

※返信メールを受講票とします。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受講票(はがき)をご持参ください。

申込締切:10月25日(火) ※定員に達し次第、締切とさせていただきますが、締切後も席をご用意できる場合もございますのでお問合せください。

- 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

コ・メディカルのための COPDセミナー 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"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
受講票送り先(住所): (〒 -)	都 道 市 区 府 県 町 村
(フリガナ) 同伴者氏名①:	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
(フリガナ) 同伴者氏名②:	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
肺年齢測定会への参加を希望します ※I(12:30~13:20)またはII(16:00~17:00)をお選びください。	代表者: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 同伴者①: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 同伴者②: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
講師へのご質問等ございましたらご記入ください。	

※同伴者の方で受講票の郵送先が申込者(代表者)と異なる場合は、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。

※「肺年齢測定会」への参加は事前申込となります。IとII合計で先着50人となりますので、早めにお申込みください。参加可能な方のみ参加証をお送りします(受講票とは別にはがきに郵送します)。

▲ お申込み先:FAX 03-5772-6910 ▲