

公益社団法人 大分県臨床工学技士会 学術委員会

『大分県臨床工学技士会 代謝セミナー』のご案内

謹啓

師走の候、大分県臨床工学技士会の会員の皆様におかれましては、益々のご健勝のこととお慶び申し上げます。この度、下記の日程にて「代謝セミナー」を開催いたします。ご都合がございましたら、是非、ご参加の程宜しくお願い致します。

謹白

・開催日：2017年3月5日(日曜日) AM 9:30-PM 14:20 *受付開始時刻：AM9:00-

・開催場所：中津市立中津市民病院 講堂（定員 100名）

・参加費：メディカルスタッフ（会員：¥1,000、非会員：¥2,000）、学生：無料

*各所属団体の会員証、学生証など身分を証明できるものをご用意下さい。確認が取れない場合は差額分をお支払いして頂きます。日本臨床工学技士会、日本看護協会 会員等は会員扱いです。

*差額は当会が開催するセミナーへの協賛金として取り扱います。

*会場では弁当、飲み物等は準備しておりません。必要に応じ各自でご持参して下さい。

・プログラム

1. AM 9:30 – AM 10:10（40分）

『ここが変だよ日本の HDF 療法 ～平成 30 年医療・介護同時改定に向けて～』

講師 医療法人 慈愛会 岩男病院 臨床工学技士 姫野 栄一 先生

2. AM 10:20 – AM 11:40（80分）

『血液浄化領域における、統計学の基礎』

講師 東レ・メディカル株式会社 透析事業本部 企画学術室 矢島 真由美 先生

- 休憩 - AM 11:40 – PM 12:10（30分）

3. PM 12:10 – PM 13:10（60分）

『血液浄化領域における、超音波エコーガイド下穿刺の現状』

講師 メドトロニック コヴィディエン ジャパン株式会社

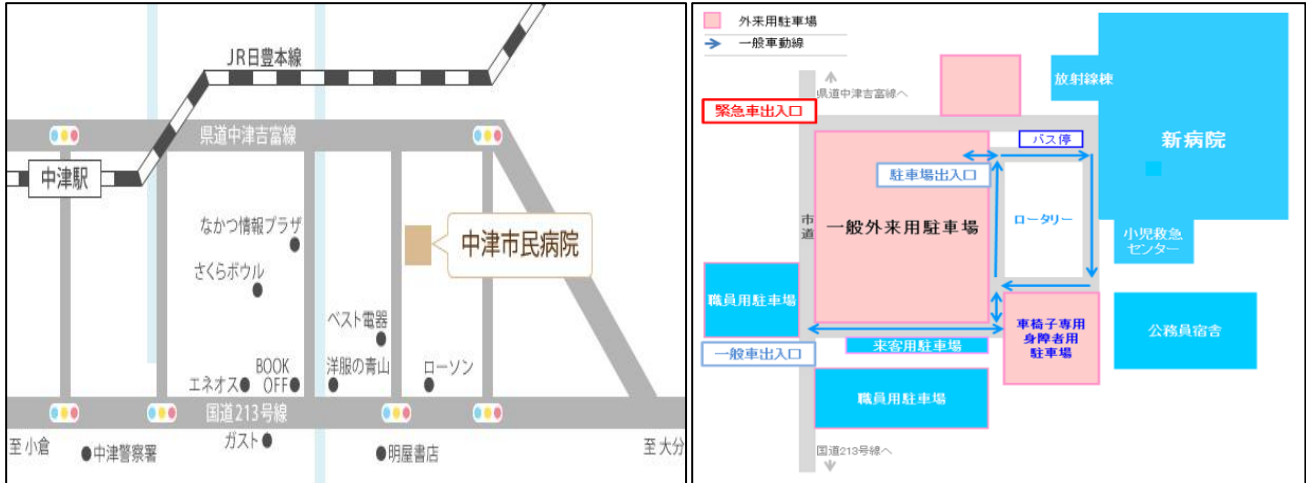
4. PM 13:20 – PM 14:20（60分）

『血液浄化療法における、透析液の選択について』

講師：扶桑薬品工業株式会社 津田 嘉彦 先生

【交通のご案内】

中津市立 中津市民病院 〒871-8511 大分県中津市大字下池永 173 番地
TEL : 0979-22-2480 FAX : 0979-22-2481 法人番号 2000020442038(中津市)



- ・ 駐車場：会場周辺の駐車場スペースには限りがございますので、出来る限り最寄りの公共交通機関をご利用の上、ご来場ください。

【お申し込み方法】

本案内添付の「申込用紙」に所定の事項を記載の上、下記事務局に E-mail もしくは Fax にてお申し込みください。お申込み後、事務局より E-mail もしくは FAX にてご確認のご連絡をさせていただきます。

【事前申込の期限は、2017年2月24日(金曜日)まで】

*定員に空きがございましたら、当日の受け付けも致しております。

【単位付与：血液浄化専門臨床工学技士 8 単位】

主催：公益社団法人 大分県臨床工学技士会

後援団体：公益社団法人 日本臨床工学技士会

公益社団法人 大分県臨床工学技士会
〒870-0844 大分県大分市古国府 1155-1 (株)マイダスココミュニケーション内
Tel. 097 (544) 7070 FAX. 097 (544) 7071 E-mail. info@oacet.or.jp

ご参加申し込み用紙（ FAX / E-mail ）

『大分県臨床工学技士会 代謝セミナー』

【宛先】

公益社団法人 大分県臨床工学技士会 事務局

株式会社 マイダスコミュニケーション内 宛て

FAX 番号 : 097-544-7071 E-mail : info@oacet.or.jp

ご施設名 : _____

電話番号 : _____ - _____ - _____ FAX 番号 : _____ - _____ - _____

代表者

1 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

2 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

3 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

4 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

5 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

6 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

7 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

8 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

9 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

10 氏名 _____ 会員（所属名 : _____ 県 _____ ） / 非会員

*ご参加人数が 10 名を超える際は、必要枚数分ご記入していただき、お送りください。