

平成 30 年 6 月吉日
国立病院機構大牟田病院
院長 川崎 雅之

平成 30 年度『筋ジストロフィー研修会』開催のご案内

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、当院では医療・教育・福祉機関で筋ジストロフィー患者さんに関わられる職員の方を対象とした研修会を開催しております。今年度も下記のとおり計画いたしましたので、ぜひご参加いただきますようご案内申し上げます。

記



日 時) 平成 30 年 8 月 23 日 (木)

場 所) 独立行政法人国立病院機構大牟田病院 OCC 研修センター

対象者) 福岡県・佐賀県の医療機関、教育機関、児童相談所、福祉事務所の職員等、筋ジストロフィー患者・患児の支援に従事している方

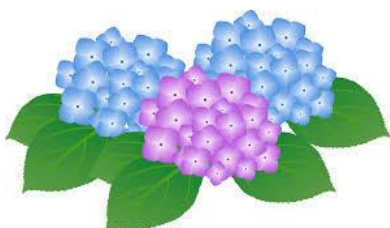
内 容) (予定)

10 時～	受付
10 時 30 分～	〔講義〕担当：神経内科医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士
12 時～	昼休憩
13 時～	〔講義〕担当：看護師・児童指導員 〔施設見学（病棟、サークル活動）・質疑応答・意見交換〕
15 時	アンケート記入・終了

質疑応答・意見交換) 事前にご質問やご要望がありましたら、別紙にご記入ください。

その他)

- ・ご参加の方は FAX にて事前申し込みをしてください。受付締切は 8 月 10 日 です。当日参加も受け付けます。
- ・昼食は 500 円でご準備いたします。ご希望の方は事前にお申し込みをしてください。キャンセルは前々日までに直接お電話ください。



お問い合わせ先

〒837-0911

大牟田市大字橘1044-1

国立病院機構大牟田病院 療育指導室長 下川

TEL 0944-58-1122

FAX 0944-58-1445

このまま FAX 送信してください

平成 30 年度

『筋ジストロフィー研修会』

参加申込書（大牟田病院 地域医療連携室 宛）【FAX : 0944-58-1445】

ご所属団体名

参加者名	職 種	昼 食	筋ジストロフィー患者支援に携わった (携わっている) ことがあれば、 ご記入ください (例: 担任している)
		要・不要	
		要・不要	
		要・不要	
		要・不要	
		要・不要	

代表連絡先

お名前 ()

電話番号 () FAX番号 ()

住 所 ()

質問や要望などがありましたらご記入ください。

【病院周辺地図】

