

会員 各位

岐阜県医師会
岐阜県糖尿病対策推進協議会
会長 伊在井 みどり
(公印省略)

令和5年度 岐阜県糖尿病対策推進協議会総会における特別講演について (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。日頃は当協議会の糖尿病対策推進活動にご理解、ご協力をいただきありがとうございます。

さて、本年度も岐阜県糖尿病対策推進協議会総会を下記日程で開催いたします。

今回の特別講演の講師には、国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 院長の門脇孝先生をお願いし「2型糖尿病の治療 update～糖尿病のない人と変わらない寿命とQOLを目指して～」についてご講演いただきます。医師を始めとする医療関係者の方にもご参加をお願い申し上げます。

つきましては、本館へご出席いただける場合は、『会場出席の申込について』にご記入の上、FAX (058-271-1651) にて、Web配信 (Zoomウェビナー) でご聴講いただく場合は、URL又はQRコードにて、11月28日 (火) までにお申込みいただきますようお願い致します。

記

1. 日 時：令和5年12月2日 (土) 14:00～16:00
2. 会 場：岐阜県医師会館 6階大会議室+Web配信 (Zoom)
岐阜市藪田南3丁目5-11 TEL058-274-1111
3. 内 容

(1) 報 告

今年度の各種団体の活動報告

岐阜県糖尿病対策推進協議会幹事

岐阜県医師会理事

戸谷 理英子

当院における多職種が構成する糖尿病教室と病棟看護師の教育

講師：岐阜大学医学部附属病院看護師

内藤 和代

(2) 特別講演

座長：岐阜県糖尿病対策推進協議会副会長

岐阜大学大学院医学系研究科

糖尿病・内分泌代謝内科学/膠原病・免疫内科学教授 矢部 大介

『2型糖尿病の治療 update～糖尿病のない人と変わらない寿命とQOLを目指して～』

講師：国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 院長 門脇 孝

※日糖協糖尿病認定医取得及び登録歯科医のための講習会 (申請中)
※日糖協療養指導士 認定更新のための研修会 (CDEJ) : 第2群0.5単位 (申請中)
※岐阜県 CDE ネットワーク認定講習・研修会 (CDE 岐阜) : 2単位 (申請中)
※日医生涯教育制度対象講座 : 1単位 [カリキュラムコード 76 糖尿病]
※日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度 : 1単位 (申請中)

担当者	岐阜県医師会事務局 青戸・安藤		
TEL	058-274-1111	内線	217
FAX	058-271-1651		

令和5年度 岐阜県糖尿病対策推進協議会総会

開催日＝令和5年12月2日（土）14時～16時

【会場出席の申込について】 ※Web 登録不要

下記事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。

FAX：058-271-1651

申込期限：令和5年11月28日（火）

地域医師会名	医師会		
医療機関名			
氏名			
TEL		FAX	
希望する単位 (申請中)	<input type="checkbox"/> 日糖協糖尿病認定医及び登録歯科医・ <input type="checkbox"/> 日本糖尿病療養指導士(CDEJ) <input type="checkbox"/> 岐阜県 CDE ネットワーク(CDE 岐阜)・ <input type="checkbox"/> 日医生涯教育制度 <input type="checkbox"/> 日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度		

【Web 聴講 (Zoom ウェビナー配信) について】 ※FAX 送信不要

Web 視聴事前登録方法



①下記の URL または右の二次元バーコードより事前登録サイトにアクセスしてください。

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_VyWGtcQoSsC5_ZPa3dteZQ

②事前登録サイトで聴講者の情報を入力し、最後に「登録」ボタンをクリックしてください。

③登録終了後に岐阜県医師会<no-reply@zoom.us>より招待メールが送信されます。

研修会当日まで保存してください。

※迷惑メール対策やドメイン指定等されている場合は、「no-reply@zoom.us」のメールアドレスが受信できるよう設定の変更をお願いします

当日視聴方法

①上記③で届いたメールから「ウェビナーに参加」をクリックしてください。

※画面が出たら「ZoomMeetings を開く」をクリックしてください。

【会場出席・Web 聴講共通】

質問事項がございましたら、下記をご記入の上、FAXにてお知らせください。

FAX：058-271-1651

期限：令和5年11月28日（火）

地域医師会名：	医師会
医療機関名：	
氏名：	
(質問内容をご記入ください)	