

各位

岐阜県医師会
会長 伊在井 みどり
(公印省略)

令和 6 年度 医療従事者を対象とした「ウイルス肝炎研修会」の開催について

見出しの研修会を下記の通り開催いたします。ご多忙のことと存じますが、多数ご聴講いただきますようよろしくお願いいたします。

受講申込は、裏面の「受講申込方法」をご確認いただき、お申し込みいただきますようお願いいたします。

記

- 開催日時：令和 6 年 5 月 25 日（土）14：00～16：30
- 開催方法：ハイブリッド形式
会場出席：岐阜県医師会館 6 階大会議室（岐阜市藪田南 3-5-11 TEL:058-274-1111）
Web 聴講：Zoom ウェビナーで配信
※県医師会館でのご出席は医師のみとさせていただきます。
- 取得単位：日医生涯教育制度対象講座（2.5 単位）（申請予定）

プログラム

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|--------|
| 1. 開会 | 総合司会 岐阜県医師会常務理事 | 佐竹 真一 |
| 2. 挨拶 14:00～14:03 | 岐阜県医師会会長 | 伊在井みどり |
| | <司会>岐阜市民病院名誉院長・松波総合病院特別顧問 | 富田 栄一 |
| | 松波総合病院顧問・消化器病センター長 | 杉原 潤一 |
| 3. 基調講演（20 分）14:04～14:24 | | |
| わが国におけるウイルス肝炎の現状と将来 | 岐阜大学大学院医学系研究科消化器内科学教授 | 清水 雅仁 |
| 4. 講演（各 10 分）14:25～15:45 | | |
| (1) 肝炎ウイルス検査とその臨床的意義 | 岐阜大学医学部附属病院肝疾患診療支援センター副センター長 | 今井 健二 |
| (2) 医療従事者の肝炎ウイルス感染予防対策 | 岐阜市民病院医療安全推進部感染対策室主査 | 藤橋由美子 |
| (3) ウイルス肝炎の最新治療 | 岐阜市民病院中央検査部部长 | 内木 隆文 |
| (4) 肝癌の診断と治療 | 松波総合病院副院長・第一消化器内科部長 | 田上 真 |
| (5) 慢性肝疾患に対する栄養療法 | 中濃厚生病院副院長・内科部長 | 白木 亮 |
| (6) 肝疾患診療における支援および助成制度 | 松波総合病院顧問・消化器病センター長 | 杉原 潤一 |
| (7) 医療機関内における肝炎患者の掘り起こしと治療推進対策 | 岐阜県総合医療センター消化器内科医長 | 永野 淳二 |
| (8) 肝炎医療コーディネーターの役割と活動状況 | 岐阜大学医学部附属病院肝疾患診療支援センター | 山下知守枝 |
| 5. 総合討論（35 分）15:55～16:30 | | |

共催：一般社団法人岐阜県医師会・一般社団法人日本肝臓学会
岐阜大学医学部附属病院（肝疾患診療連携拠点病院）・アッヴィ合同会社

担当者	岐阜県医師会事務局 長野・高橋		
TEL	058-274-1111	FAX	058-271-1651

* ご案内および申込書は、「岐阜県医師会ホームページ>医師の皆様へ」に掲載いたします。

「ウイルス肝炎研修会」受講申込方法

開催日＝令和6年5月25日（土）14:00～16:30

【会場出席の申込について】（医師のみ） ※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6年5月17日（金）

氏名：	
医療機関名：	
地域医師会名：	医師会
TEL：	FAX：

【Web 聴講について】（医師・医療従事者）

Web 視聴事前登録方法 ※FAX 送信不要

- ① 下記の URL または右の QR コードより事前登録サイトに入ってください。
https://abbvie.zoom.us/webinar/register/WN_ys9cNnNvQ8GBd-ggglCkGg
- ② 登録サイトで聴講者情報を入力し、最後に「登録」ボタンをクリックしてください。
- ③ 登録完了後、Iori Nakamura<no-reply@zoom.us>より、当日の視聴への招待メールが送信されます。
※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
※招待メールが届かない場合、再度登録をお願いします。



当日視聴方法

- ① 招待メールの案内に従ってウェビナーに参加してください。
※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6年5月17日（金）

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