

# 知の普及

## 神経難病看護テキストの実践 「パーキンソン病を知る」

日 時： 平成 29 年 5 月 27 日 (土) 10:25~16:10

場 所： 鈴廣かまぼこの里 鈴の音ホール

〒250-0032

小田原市風祭 245

(箱根登山鉄道 風祭駅 徒歩 1 分)

対象： 病院看護師、訪問看護師、保健師、大学院生、看護学生など、  
難病療養者の支援に関心がある方

学会員でない方もご参加いただけます。

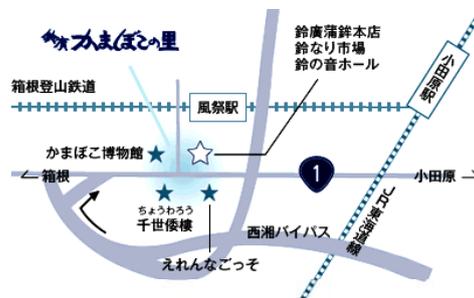
定 員： 先着 60 人

参加費： 5,000 円 (学会員：2,000 円) 昼食・資料代を含みます

企画・主催： 日本難病看護学会

共催： 独立行政法人国立病院機構箱根病院

※本講習会は日本難病看護学会認定難病看護師更新ポイント (5 ポイント) 対象研修です



昼食 (一例)

### \*\*\* プログラム \*\*\* ※受付開始 10:15~

時間	内容	講師
10:25	オリエンテーション	
10:30~12:00	仮) パーキンソン病の病態生理 ~看護に役立つパーキンソン病の知識~	荻野 裕 (国立病院機構箱根病院)
12:00~ ~13:30	昼食 参加者同士の交流会：事例から学ぶ難病看護	(参加者・医師・難病看護師)
13:40~15:30	仮) リハビリを極める ~パーキンソン病へのリハビリテーション~	中馬 孝容 (滋賀県立成人病センター)
15:30~16:10	箱根病院見学ツアー (希望者)	

#### ◆お申し込み方法◆

#### 申込期限：平成 29 年 5 月 23 日 (火) 必着

- 裏面の申込用紙にご記入のうえ FAX にてお申し込みください。参加費入金確認後に受講票をお送りいたします。
- 参加費は下記までお振り込みください。振込期限は 5 月 19 日 (金) です。振込手数料はご負担ください。

※振込先が下記に変更となりました。

【郵便振入の場合】(口座番号) 00180-8-451271 (加入者名) 日本難病看護学会企画セミナー

【銀行振入の場合】 ゆうちょ銀行 〇一九 (ゼロイチキュウ) 店 当座 0451271

(口座名義) 日本難病看護学会企画セミナー (ニホンナンビョウカンゴガツカイキカクセミナー)

・業務都合等で止むを得ずキャンセルの場合、5 月 24 日 (水) 17 時まで FAX にてご連絡をいただいた方までお受けします。お振り込みいただいた参加費は返金させていただきますので、返金先の口座情報を必ず明記してください。

お問い合わせ  
はこちら

日本難病看護学会 企画セミナー 担当理事 中山・小長谷  
〒156-8526 東京都世田谷区上北沢 2-1-6  
TEL 03-6834-2290 (直) FAX 03-6834-2291(直)

申込期限：平成 29 年 5 月 23 日（火） 必着

FAX 03-6834-2291(直)

宛先 日本難病看護学会 企画セミナー担当

日本難病看護学会企画セミナー：知の普及  
「箱根で学ぶ神経難病看護」シリーズ 15

(平成 29 年 5 月 27 日・鈴鹿かまぼこの里鈴の音ホール)

◆ 申 込 用 紙 ◆

申 込 日： 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

日本難病看護学会      1. 会員                      2. 非会員                      (いずれかに○をおつけください)

学会認定「難病看護師」の方 登録番号： \_\_\_\_\_

(氏名フリガナ) ( \_\_\_\_\_ )

氏 名： \_\_\_\_\_

住 所： 1. 自宅 〒\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
          2. 所属 \_\_\_\_\_  
(自宅 または 所属 のいずれかに○をおつけいただきご住所をご記入ください)

所属機関名： \_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

F A X： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(こちらにご記入いただいた FAX 番号またはメールアドレスに受講票をお送りいたします)

Email アドレス： \_\_\_\_\_  
(こちらにご記入いただいた FAX 番号またはメールアドレスに受講票をお送りいたします)

職 種： \_\_\_\_\_ (難病領域 経験 \_\_\_\_\_ 年 )  
(例. 看護師 など)

事例提供：  希望あり (疾患名： \_\_\_\_\_)       希望無し  
(※昼の交流会時に、悩んでいる事例等を紹介してもらい、参加者・医師・難病看護師を交えて検討します。  
希望者全員の事例に対応できないことをご了承ください。該当者には、事務局より連絡します)

病院見学：  希望あり       希望無し      (いずれかにチェックをお願いします)

参加費振込： 振込日： \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (振込期限：5月19日(金)迄)

振込人名義： \_\_\_\_\_

以上