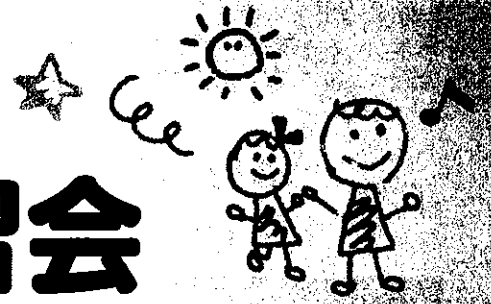


令和6年度 知多半島

# 小児在宅医療講習会



令和7年

# 2/22 土

13:45~17:45



**定員**  
会場: 約90名  
オンライン: 約100名

**参加無料**  
要申込

**申込締切**  
2/3(月)

**場所**  
あいち小児保健医療総合センター  
地下1階 大会議室 (大府市森岡町 7-426)

オンライン(Zoom)とのハイブリッド形式にて開催

**対象** 主に知多半島医療圏に勤務されている医療・福祉関係職種の方  
※知多半島医療圏以外の方のご参加も可能となりますが、申込者多数の場合は当該医療圏の方を優先させていただきます。

**申込方法**  
裏面の二次元コードまたはURLからお申し込み  
裏面受講申込書に必要事項をご記入のうえ、愛知県医師会医療業務部第3課までFAX (052-241-4130)にてお申し込み

**司会**

知多半島小児科医会  
会長 新美 直希

**開会・挨拶**

公益社団法人愛知県医師会  
理事 松浦 誠司

**総括・閉会**

公益社団法人愛知県医師会  
理事 高田 統夫

**取得可能単位(医師のみ)※申請中**

第1部/ 新専門医制度研修単位 iii小児科領域講習1単位、  
日本医師会生涯教育制度CC:13 - 1.5単位  
第2部/ 新専門医制度研修単位 iii小児科領域講習1単位、  
日本医師会生涯教育制度CC:10 - 1.5単位

**第1部 医療を抱えて生きる子どもたちのLifeを支える**  
~アドバンス・ケア・プランニングが担うこと~ 13:55~15:35  
第3回小児在宅医療研修会  
(公益社団法人愛知県医師会・あいち小児保健医療総合センター合同開催)

**講演** 国立研究開発法人国立成育医療研究センター 総合診療部緩和ケア科 診療部長 余谷 暢之  
—— 休 憩 15:35~15:50 ——

**第2部 医療的ケア児の移行期医療について、どうあるべきか?** 15:50~17:40

**①シンポジウム** 15:50~16:10 医療的ケア児の移行期医療について、課題の整理  
重症心身障害児者施設 にじいろのいえ 施設長 水野 美穂子

**③シンポジウム** 16:30~16:50 在宅で診療する立場から  
半田ファミリークリニック 院長 久賀 孝郎  
半田中央病院 在宅医療センター 近藤 重明

**②シンポジウム** 16:10~16:30 こども病院の立場から  
あいち小児保健医療総合センター 診療支援部長 糸見 和也

**④シンポジウム** 16:50~17:10 急性期病院の立場から  
総合病院南生協病院 院長 長田 芳幸

〈 総合討論 17:10~17:40 〉

座長:重症心身障害児者施設 にじいろのいえ 施設長 水野 美穂子 知多半島小児科医会 会長 新美 直希

令和  
6年度

知多半島  
小児在宅医療講習会

# 受講申込書

申し込み  
締切日

2月3日(月)

日時

令和7年2月22日(土)  
13:45~17:45

会場

あいち小児保健医療総合センター  
地下1階 大会議室 (大府市森岡町 7-426)  
オンライン(Zoom)とのハイブリッド形式にて開催

下記の申し込みフォーム(グーグルフォーム)よりお申し込みください。

申し込みフォーム URL

<https://forms.gle/YeijM84PVnAF7Env8>

※1名毎のお申し込みが必要となります。※右記二次元コードからもお申し込みいただけます。



上記フォームよりお申し込みが難しい場合には、  
以下に必要事項を全てご記入の上、FAXにてお申し込みください。  
(愛知県医師会 医療業務部第3課宛 FAX:052-241-4130)

フリガナ						性別	男・女
申込者氏名							
職種	1.医師( 医師会/非会員) 2.看護師 3.保健師 4.歯科医師 5.薬剤師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.相談支援専門員 10.保育士 11.その他( )						
参加方法 ご希望の参加方法に チェックを付けてください	●第1希望 <input type="checkbox"/> 現地参集 <input type="checkbox"/> オンライン ●第2希望 <input type="checkbox"/> 現地参集 <input type="checkbox"/> オンライン ※参加者数には限りがございますので、ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。						
医籍登録番号 ※医師のみ記入							
勤務先名 ※就業者のみ記入							
勤務先住所 ※非就業の方は 自宅住所	〒 - - - - / FAX - - - - ※受講票を郵送いたしますので必ずご明記ください。						
TEL / FAX	TEL - - - - / FAX - - - -						
E-mail	※オンライン参加の場合、招待メール等を送付いたしますので必ずご明記ください。						

FAX  
送信  
方向

FAX:052-241-4130

※申込者多数の場合は抽選になります。

※原則として、ご本人の承諾なく個人情報を本講習会以外に利用または第三者に提供いたしません。

※受講の可否は後日、受講票の発送をもってお知らせいたします。お手元に届かない場合は下記までお問い合わせください。

※メールアドレスは、開催に関する情報のご案内や、オンラインで参加される場合の招待メールの送付、やむを得ない事由が発生した場合の緊急連絡先として使用いたします。

※やむを得ない事由が発生した場合は、講習内容や開催時間の変更及び中止とさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

申し込み  
問合せ先

公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第3課

〒455-0031 名古屋市港区千鳥1-13-22

TEL:052-241-4143 (土・日・祝日を除く9:00~17:00) FAX:052-241-4130 E-Mail:chiiki\_3@aichi.med.or.jp