

**沖縄県医師会
心不全地域連携研修会の受講について**

Ver.R041110

心不全地域連携研修会

【目的】

高齢化の進展により、今後益々患者の増加が見込まれる心不全について、心不全管理の質の向上と、急性期から回復期、維持期までの包括的な医療提供体制の構築並びに連携強化のため、かかりつけ医やコメディカルの心不全管理知識の向上を図ることを目的とする。

【実施主体】

沖縄県・沖縄県医師会



【対象】

医師、看護師、コメディカル

心不全地域連携研修会



回	開催日	テーマ
1	R04.02.25	はじめに 心不全患者の外来管理・治療の実際
2	R04.11.20	心不全の概念と日常診療 心不全患者の診察と検査
3	R04.12.08	高齢者心不全 併存疾患への対処
4	R05.01.13	心不全患者の再入院予防 急性増悪時の対処および入院適応の判断

受講証・沖縄県医師会ホームページへの掲載

- ◆第1～4回の研修会をすべて受講した者で、別紙1「受講証申請書」を提出された方（医師、看護師、コメディカル）に、沖縄県知事・沖縄県医師会長の連名で受講証を発行します。発行手数料なし。
- ◆第1～4回の研修会をすべて受講した医師で、別紙2「沖縄県医師会ホームページ掲載申請書」の提出があった施設を、沖縄県医師会ホームページに掲載します。
- ◆別紙1、2は後日沖縄県医師会ホームページに掲載予定です。

受講者の方へ

受講証を希望される方は、下記の必要事項をご記入の上、沖縄県医師会事務局宛（Mail：g1@okinawa.med.or.jp / FAX：098-888-0089）に後日、ご連絡下さい。※Mailアドレスの「g」の後ろは数字の「1」

受講証申請書

心不全地域連携研修会の受講証を希望いたします。

研修会名、開催日	心不全地域連携研修会 (20 年 月 日開催)
ふりがな	
氏名	
職種	
所属機関名	
受講証送付先住所	〒
電話番号	

※個人情報等の取扱いについて、データの取扱いについては万全を期します。

心不全地域連携研修会を受講したことを沖縄県医師会ホームページでの掲載を希望される施設は、下記の必要事項をご記入の上、沖縄県医師会事務局宛（Mail：g1@okinawa.med.or.jp / FAX：098-888-0089）に後日、ご連絡下さい。※Mailアドレスの「g」の後ろは数字の「1」

沖縄県医師会ホームページ掲載申請書

心不全地域連携研修会を受講したことを食会ホームページでの掲載を希望いたします。

研修会名、開催日	心不全地域連携研修会 (20 年 月 日開催)
施設名	
担当者	
電話番号	