

会 員 各 位

(公社) 滋賀県栄養士会  
会 長 澤谷 久枝  
医療事業部長 巽 達也  
( 公 印 省 略 )

令和5年度(公社)滋賀県栄養士会 医療事業部研修会(第1回)の開催について(案内)

今年度もがんについての研修会を開催することといたしました。ご多忙の中大変恐縮に存じますが、多数ご受講くださいますようお願いいたします。

講演内容 食道がん患者への栄養支援についての講演

(医療事業部会員ががんに関する知識をスキルアップすることを目的とする)

開催日時 令和6年 1月21日(日) 15:00~17:10(入室・受付開始15:30~)

15:00~15:15 受 付 (Web入室)

15:15~15:20 開会のあいさつ

15:20~16:50 講演「食道がん患者への栄養支援」

市立芦屋病院栄養管理室 室長補佐 澤田かおる先生

16:50~17:10 臨床栄養学術セミナー参加報告(テーマ がん)会員対話

※がん対策推進基本計画、がん患者の栄養管理、在宅がん患者について

滋賀県栄養士会 医療事業部長 巽 達也

配信方法 ライブ配信(Web会議システムZoomを利用)

受講料 会員 無料 非会員 3,000円

入室方法 開催日約1週間前に参加入室URL、資料等をメールにて送信します。

※パソコン・スマートフォン・タブレットをご用意の上ご参加ください。

※本研修会では当日ビデオON(カメラ付き)にてご参加ください。

受講の1週間前までに受講方法をご連絡致します。

※メールにURLをお送りします。

申し込み時には必ず返信可能なメールアドレスをご記入下さい

申し込み方法 メール又はFAXにてお申し込みください。

(できるだけメールでお願い致します)

メール : 裏面申込用紙の内容をご記入ください。

[info@shiga-ad.or.jp](mailto:info@shiga-ad.or.jp) (滋賀県栄養士会事務局)

FAX : 裏面申込用紙に必要事項をご記入ください

FAX : 077-558-6617 (滋賀県栄養士会事務局)

\*ZOOM開催のため先着80名となります。

参加費 栄養士会会員 : 無料 非会員 : 3000円

申込締め切り 令和6年 1月 12日(金)

施設長様

(公社) 滋賀県栄養士会  
会 長 澤谷 久枝  
医療事業部長 巽 達也  
( 公 印 省 略 )

令和5年度(公社)滋賀県栄養士会 医療事業部研修会(第1回)の開催について(案内)

今年度もがんについての研修会を開催することといたしました。ご多忙の中大変恐縮に存じますが、多数ご受講くださいますようご案内いたします。

講演内容 食道がん患者への栄養支援についての講演

(医療事業部会員ががんに関する知識をスキルアップすることを目的とする)

開催日時 令和6年 1月 21日(日) 15:00~17:10(入室・受付開始15:30~)

15:00~15:15 受 付(Web入室)

15:15~15:20 開会のあいさつ

15:20~16:50 講演「食道がん患者への栄養支援」

市立芦屋病院栄養管理室 室長補佐 澤田かおる先生

16:50~17:10 臨床栄養学術セミナー参加報告(テーマ がん)会員対話

※がん対策推進基本計画、がん患者の栄養管理、在宅がん患者について

滋賀県栄養士会 医療事業部長 巽 達也

配信方法 ライブ配信(Web会議システムZoomを利用)

受講料 会員 無料 非会員 3,000円

入室方法 開催日約1週間前に参加入室URL、資料等をメールにて送信します。

※パソコン・スマートフォン・タブレットをご用意の上ご参加ください。

※本研修会では当日ビデオON(カメラ付き)にてご参加ください。

受講の1週間前までに受講方法をご連絡致します。

※メールにURLをお送りします。

申し込み時には必ず返信可能なメールアドレスをご記入下さい

申し込み方法 メール又はFAXにてお申し込みください。

(できるだけメールでお願い致します)

メール：裏面申込用紙の内容をご記入ください。

[info@shiga-ad.or.jp](mailto:info@shiga-ad.or.jp) (滋賀県栄養士会事務局)

FAX：裏面申込用紙に必要事項をご記入ください

FAX：077-558-6617 (滋賀県栄養士会事務局)

\*ZOOM開催のため先着80名となります。

参加費 栄養士会会員：無料 非会員：3000円

申込締め切り 令和6年 1月 12日(金)

「令和5年度 医療事業部第1回研修会」参加申込書

※申し込み締め切り：令和6年1月12日(金)

当てはまるものに○を入れ、必要な項目をご記入ください

所属事業部	医療事業部 ・ その他 ( 部 )
ご氏名	
ご連絡先	電話 (職場 または 携帯) :
	メールアドレス :  ※ご自身で受講される方は必ず記載ください。返信可能な設定をお願いします。

講師に質問がございましたら、ご記入ください

( )