

令和7年6月吉日

関係機関 各位

国立病院機構大牟田病院
院長 川崎雅之

令和7年度『筋ジストロフィー研修会』開催のご案内

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、当院では医療・教育・福祉機関で筋ジストロフィーの患者さんに関わられる職員の方を対象とした研修会を開催しております。今年度は久しぶりの集合開催とさせていただきました。多くの方のご参加をお待ちしております。

記

日 時) 令和7年8月7日(木) 9:00~12:15 (希望者病棟見学 13:15~13:45)

会 場) 国立病院機構大牟田病院 OCC 研修室 参加費) 無料

対 象 者) 福岡県・佐賀県の医療機関、特別支援学校、児童相談所、障害福祉課の職員等、
筋ジストロフィー患者・患児の支援に従事している方

内 容) (予定) ★研修内容、スケジュール等が変更となることがございます。

8時45分~	受付
9:00	開会挨拶(院長)
9:10~12:15	〔講義〕 医師 40分 9:10~9:50 リハ 45分 9:50~10:35 (※PT/OT/ST) 栄養 30分 10:35~11:05 看護 30分 11:15~11:45 福祉 30分 11:45~12:15 ※見学者は昼食休憩後、13:15より見学を開始いたします。

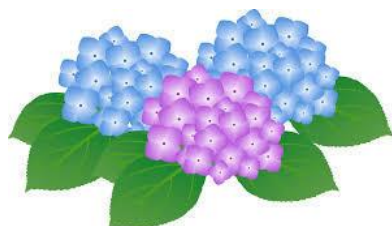
☆備考

①ご参加の方は、別紙添付しメールかFAXで事前申し込みをしてください。(受付締切7月31日(木))

※メール申し込みの場合、件名には「筋ジス研修会申し込み」と明記ください。

②事前にご質問やご要望がありましたら、ご記入ください。

③見学をご希望の方は各自昼食をご持参ください。



お問い合わせ先

〒837-0911

大牟田市大字橘 1044-1

国立病院機構大牟田病院 療育指導室(下川・松尾・高濱)

TEL 0944-58-1122

FAX 0944-58-1445

この用紙でお申し込み下さい(7/31(木)締切)
Mail 604-ryoiku@mail.hosp.go.jp Fax(0944)58-1445

令和7年度

『筋ジストロフィー研修会』 参加申込書 ※必要枚数コピーして下さい

ご所属団体名 _____ 様

申込日 _____ 月 _____ 日

参加者名	職 名	連絡用メールアドレス
		※大きな文字ではっきりとご記入ください。

代表連絡先

お名前 (_____)

電話番号 (_____) FAX番号 (_____)

住 所 (_____)

研修会全般における質問や要望などがありましたらご記入ください。