

令和6年度救急医療生涯教育研修会 愛知県外科医会学術講演会 (会場-WEB配信ハイブリット) 〔日本医師会生涯教育認定講座〕

会員の皆様には益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。さて、見出しの研修会を下記の通り開催させていただきます。多数ご参加くださいますようご案内申し上げます。なお、貴院にご勤務の先生方にお声がけ頂くなど、ご案内をよろしくお願い申し上げます。

愛知県外科医会 会長 伊佐治 文朗

記

【日時】 2024年7月11日(木) 14:00~16:00

【場所】 MSD株式会社名古屋事務所
(名古屋市中村区名駅南1-24-30名古屋三井ビル本館17階)

1. 会長挨拶: 14:00~14:05 いさじ医院 伊佐治 文朗 先生
2. 講演 14:05~16:00
座長: 医療法人泉会 細野クリニック 細野 二郎 先生

演題: 「明日から使える! 高齢者認知症患者の睡眠マネジメント法」

講師: 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
総合診療科 宮川 慶 先生

- 当講演会における認定単位数 2単位 申請中 カリキュラムコード【20:不眠(睡眠障害)】
- WEB受講の場合は、お手数ですがWEB登録を7月8日(月)までにお願ひします。
(裏面参照)
- 現地受講をご希望の方は、6月28日(金)までに別紙「現地参加申込用紙」を愛知県外科医会事務局あてFAX願ひます。
現地受講は事前申込み、定員40名としております。

【会場へお越しの先生方へ】

- ◆ 当講演会は、講演・質疑ともにLive配信がございます。
- ◆ 本会におきましては、弊社による旅費の負担ができませんことをご了承ください。
- ◆ なお、これらの個人情報をもMSD株式会社/共催団体と出欠の確認や経費処理等の事務手続き、単位申請等を目的として、共有させていただきます。

【Web配信ご視聴の先生方へ】

- ◆ 講演はWeb(Live配信)にてご視聴いただけます。
- ◆ 本講演会はMicrosoft Teamsを使用してお視聴いただけます。
- ◆ ご視聴には事前参加予約が必要となります。
- ◆ 本会におきましては弊社による旅費の負担ができませんことをご了承ください。
- ◆ ご自身での参加登録は右記二次元コードから事前参加登録頂く事も可能です。

共催: 愛知県外科医会/MSD株式会社

会場のご案内



住所：
〒450-0003
愛知県名古屋市中村区名駅南
1-24-30
名古屋三井ビル本館17階

Web視聴の事前登録のご案内

右の二次元コードを読み込み、
「ご施設名」・「ご芳名」・「mailアドレス」を記載し送信下さい。
登録頂いたアドレスに視聴URLを送付いたします。



※当日はTeamsでの配信となります
(入力頂きました個人情報は、ご視聴頂いた先生の確認及び今後の講演会のご案内のために使用し、
弊社と業務委託先以外の第3者に開示・提示することはありません。)

Web視聴登録期限:2024年7月8日(月)

(Web視聴登録は7月8日を過ぎても可能ですが、お早めの登録をお願いいたします)

- 登録に関するお問い合わせ先□
MSD株式会社 黒川 yuki.kurokawa@merck.com
070-4574-7577
- その他お問い合わせ先□
愛知県外科医会:052-263-0093

当日視聴リンクにアクセス頂いた際「医籍登録番号」「所属医師会」の入力が
必要となります。単位不要の方は「0」を入力していただくようお願い
申し上げます。

令和6年度救急医療生涯教育研修会 愛知県外科医会学術講演会

2024年07月11日(木) 14:00 ~ 16:00

ご視聴にあたって

※推奨ブラウザ：Google Chrome、Microsoft Edge、FireFox の最新バージョン
(Internet Explorerは利用不可)

これより先は、バーチャルミーティングの画面へ遷移します。
ご視聴にあたっては【個人情報の取り扱いについて】をご確認の上、ご同意いただける場合は、
ご施設名とお名前を入力の上、ページ内の「視聴する」ボタンまたはURLからご視聴をお願いいたします。

※本会に参加するにあたって、ご利用条件をご確認ください。

施設名

氏名

例) MSD 太郎

医籍登録番号 (対象外の場合は0を入力)

所属医師会 (対象外の場合は0を入力)

個人情報の取り扱いに同意し

視聴する

F A X 番号 : 052-263-6775

締切日 : 6 月 28 日 (金)

<現地参加申込用紙>

令和6年度救急医療生涯教育研修会

愛知県外科医会学術講演会

〔日本医師会生涯教育認定講座〕

日 時 : 令和6年7月11日(木) 14:00~16:00

場 所 : MSD 株式会社名古屋事務所

〒450-0003 名古屋市中村区名駅南 1-24-30

名古屋三井ビル本館 17 階

共 催 : 愛知県外科医会 / MSD 株式会社

現地受講ご希望の際は、この用紙に「所属医療機関名・住所等」、「医籍番号・氏名・フリガナ」及び「所属医師会名」をご記入の上、上記FAX番号にご送信ください。

医療機関名							
(受講票郵送希望先) 医療機関所在地 又は住所	〒						
電話 / FAX	TEL () - / FAX () -						
医 籍 番 号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
フリガナ							
氏 名							
所属医師会 名(郡市区)							