

愛医発第 2449 号
令和7年12月23日

愛知県外科医会
会長 伊佐治文朗 様

公益社団法人 愛知県医師会
会長 柵木充明
(公 印 省 略)

第42回救急医療・災害医療シンポジウムの開催について

平素は本会会務に格別のご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本会におきましては、標記シンポジウムにつきまして、別紙のとおり開催することといたしました。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご承知おきいただくとともに、貴会会員へご周知いただき、多数の参加を賜りますようご高配の程よろしくお願いいたします。

なお、参加をご希望される場合には、別紙申込書もしくは下記 Google フォームよりお申込みください。

記

申込フォーム <https://forms.gle/awG3F44GLXo5fuzF9>



※左記 QR コードからもお申込みいただけます。

※申込締切り令和8年2月18日(水)



担 当：医療業務部第1課

電 話：052-241-4138

F A X：052-241-4130

E-Mail：chiiki_1@aichi.med.or.jp

第 42 回 救急医療・災害医療シンポジウム

日 時：令和 8 年 3 月 7 日（土） 14：00～16：30

場 所：TKP ガーデンシティ PREMIUM 名古屋駅前 ホール 3G+3H

単位取得（予定）：日本医師会生涯教育講座対象 1. 5 単位（CC:14 災害医療）

総 合 司 会 愛 知 県 医 師 会 理 事 河 村 英 徳

1. 開 会 (14:00～14:05)
愛 知 県 医 師 会 副 会 長 大 輪 芳 裕

2. 主催者挨拶 (14:05～14:10)
愛 知 県 医 師 会 会 長 柵 木 充 明

3. シンポジウム (14:10～15:55)

主 題 災害時における高齢者搬送

～命をつなぐ・医療・福祉・行政の連携実践について～

座 長	愛 知 県 医 師 会 救 急 委 員 会 委 員 長	
	豊 橋 市 医 師 会 理 事	伊 藤 之 一
	愛 知 県 医 師 会 救 急 委 員 会 委 員	
	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院	
	第一救急科部長 救命救急センター長	稲 田 眞 治

- ① 「高齢化時代の災害医療～『被災地域支援』の最前線」
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
第一救急科部長 救命救急センター長 稲 田 眞 治
 - ② 「高齢者避難搬送のあり方について～能登半島地震広域避難搬送調整の経験から～」
愛知医科大学災害医療研究センター 講師 小 澤 和 弘
 - ③ 「保健医療福祉調整本部会議と医療ソーシャルワーカーの連携」
JA 愛知厚生連 江南厚生病院 患者支援室長 野 田 智 子
 - ④ 「無限の尊厳—災害時における脆弱者のいのちへの倫理的課題—」
清泉大学 看護学部看護学科 教授 稲 葉 景
 - ⑤ 「愛知県における災害医療体制」
愛知県保健医療局健康医務部医務課 担当課長 丹 羽 雅 裕
4. 討議、質疑応答 (15:55～16:25)
5. 閉 会 (16:25～16:30)
愛 知 県 医 師 会 副 会 長 大 輪 芳 裕

第42回 救急医療・災害医療シンポジウム 参加申込書

日 時：令和8年3月7日（土）14：00～16：30

場 所：TKP ガーデンシティ PREMIUM 名古屋駅前 ホール3G+3H
（〒451-0045 名古屋市区 名駅1-1-17 名駅ダイヤメイテツビル 3階）

- 後日受講票を送付させていただきます。受講票は当日必ずお持ちください。
- 申込書に記載されている個人情報、第三者に提供することはありません。

下記の申込フォームよりお申込みください。

《申込フォームURL》



<https://forms.gle/awG3F44GLXo5fuzF9>

※左記QRコードからもお申込みいただけます。

上記フォームよりお申し込みが難しい場合には、以下をご記入の上、
FAXにてお申し込みください。（FAX 052-241-4130）

ふりがな	
氏名	
勤務先名	
勤務先名	〒 _____
住 所	
※受講票を記載住所へ送付します。	TEL _____ FAX _____
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医師会員 [地区名： _____ 医師会] <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 行政関係者 <input type="checkbox"/> 消防関係者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※その他の方は、職種をご記入ください。

公益社団法人愛知県医師会
医療業務部第1課
TEL 052-241-4138

申込締め切り日：令和8年2月18日（水）