

第10回 湿潤療法セミナー【高松】開催のご案内

Seminar on Moist Cure

2010年11月1日

SOMC事務局

謹啓 時下、皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

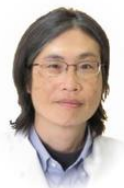
さて、ご好評いただいております“湿潤療法セミナー”を、このたび開催のご要望をたいへん多く戴いておりました四国地方で開催する運びとなりました。本セミナーは、“湿潤療法（うるおい療法）”を今後の創傷治療のスタンダードとして、広く医療現場や学校、家庭に普及・浸透を図ることを目的としており、医療従事者であれば、どなたでもご参加いただけるものです。

是非この機会に、皆様お誘い合わせの上、本セミナーにご参加下さいますようお願い申し上げます。

敬白

| 第10回 湿潤療法セミナー | |
|---------------|---|
| 日時 | 2011年12月3日(土) 17時55分～20時10分 |
| 会場 | 香川県高松市番町1-10-35 香川県社会福祉総合センター 7階 第一中会議室 |
| 対象者 | 医療従事者(医師、看護師、薬剤師、コメディカル、獣医師、養護教諭、学生など) |
| 定員 | 70名(定員になり次第、締切させて戴きます) |
| 参加費 | 無料 |
| プログラム | 17:30 開場 |
| | 17:55 開会 |
| | 18:00 セミナー1(20分) 演題:「内科医でもできる! 湿潤療法による創傷治療」 講師 ¹⁾ :伊藤喜亮先生(きよすクリニック院長 医学博士) |
| | 18:20 セミナー1質疑応答(10分) |
| | 18:30 セミナー2(60分) 演題:「新しい創傷治療」 講師 ²⁾ :夏井睦先生(石岡第一病院 傷の治療センター長) |
| | 19:30 セミナー2質疑応答(15分) |
| | 19:50 協賛企業 製品説明(20分) 瑞光メディカル |
| 20:10 閉会 | |

1) セミナー1 講師のご紹介 伊藤喜亮(いとう よしあき)先生
愛知県生まれ。1987年名古屋大学医学部卒業。医学博士。日本医師会認定産業医。日本内分科学会代議員。専門分野は、内分泌・代謝。2006年にきよすクリニックを開業。糖尿病をはじめとする生活習慣病・内分泌疾患の専門的治療や栄養指導、一般内科や小児科領域、傷などの治療、スキンケアに至るまで、地域に密着した医療を広く展開。特に傷などの治療では、早くから湿潤療法を取り入れると共に、湿潤療法の普及活動にも積極的に取組み、講演など多数行う。また、きよすクリニックは、透析導入を遅らせるための腎臓病の食事療法を行っている、数少ない医療機関である。



2) セミナー2 講師のご紹介 夏井睦(なつい まこと)先生

1957年、秋田県生まれ。東北大学医学部卒業。元日本形成外科学会認定医。現在、石岡第一病院傷の治療センターセンター長。2001年より開設・運営しているインターネットサイト「新しい創傷治療」<http://www.wound-treatment.jp/>は、医療関係者の間で非常に有名。著書も、「傷まぜたい消毒するな」(光文社)を始として、「さらば消毒とガーゼ」(春秋社)、「これからの創傷治療」(医学書院)、「創傷治療の常識非常識」(三輪書店)など多数あり、最近では、湿潤療法と取上げたTV番組やラジオ番組に多数出演するなど、湿潤療法の国内第一人者である。全国で精力的に講演活動を行うなど、湿潤療法の普及に努める。



参加お申込み方法

添付のFAX申込み用紙にご記入の上、SOMC事務局にFAX送信下さい。

または、FAX申込み用紙と同内容の事項を本文中に記載いただきメールでお申込下さい。

折り返し、事務局よりFAXまたはメールにて『受付番号』をお知らせします。

会場のご案内

会場：香川県社会福祉総合センター 7階 第一中会議室

(〒760-0017 香川県高松市番町1-10-35 電話：087-835-3334)



[JR高松駅より徒歩約15分/バス約5分(県庁前または県庁北通下車)、琴電瓦町駅より徒歩約10分)

お問合せ先

SOMC事務局 担当：喜多

〒102-0075 東京都千代田区三番町7-1-203

電話：03-6431-8809 [平日のみ10:00～16:00]

FAX：03-6431-8809

メール：so_moistcure@yahoo.co.jp

<http://somc.web.fc2.com/>

(当日、この受付番号をお持ち下さい。)

FAX : 03 - 6431 - 8809

受付番号

SOMC 事務局 御中

第10回湿潤療法【高松】セミナー参加申込み

標記の第10回セミナーに参加申込みをします。

※太線内の項目をご記入下さい。

| | |
|--|------------------|
| お名前 | |
| ご所属 (病院・施設名、学校名など) | |
| ご所属住所 | |
| ご連絡先 電話及びFAX | 電 話 : F A X : |
| 職 種 (医師、看護師、薬剤師、コメディカル、 獣医師、養護教諭、学生など) | |
| ご専門 (診療科など) | |

SOMC事務局は、参加お申込みでいただいた個人情報については、個人情報に関する法令および規範に則り適正に管理し、本セミナーの運営以外の目的では利用いたしません