

# 発達障がい支援医学研修会開催要項

## 1 目 的

生活する上で大きな困難を抱えながら、医学的・教育的・福祉的支援を受けにくい発達障がい児・者の積極的支援につながる医学的知識や診断法、治療介入に関する技能の獲得を目指す。

## 2 主 催

北海道

## 3 後 援

一般社団法人北海道医師会、釧路小児科医会

## 4 対 象 者

釧路・根室圏域及び渡島・檜山圏域の医療機関に勤務し、発達障がいに関する診療に従事している医師及び発達障がいに関心を有する医師並びに学校医（保育所医、幼稚園医を含む。）、これら医師と共に診療に従事する医療関係者、市町村保健師等。

## 5 研修内容

### (1) 研修主題

発達障がいの治療支援

### (2) 開催日時及び会場

#### ① 釧路会場

平成26年11月15日（土） 13:30～17:00

釧路市交流プラザさいわい3階大ホール（釧路市幸町9丁目1番地）

#### ② 道南会場

平成26年11月29日（土） 13:30～17:00

函館市勤労者総合福祉センターサン・リフレ函館 中会議室（函館市大森町2-14）

### (3) プログラム

13:15～13:30 受付

13:30～13:35 開会・オリエンテーション

13:35～15:05 発達障がい児に対する支援の考え方

北海道旭川肢体不自由児総合療育センター院長 岡 隆治 医師

15:05～15:15 （休憩）

15:15～16:45 発達障がい児に対する薬物療法の実際

北海道旭川肢体不自由児総合療育センター副院長 田中 肇 医師

16:45～17:00 質疑

17:00 閉会

## 6 定 員

30名

## 7 受 講 料

無料

## 8 受講申込

別紙「申込書」（釧路会場用・函館会場用のいずれか）を北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課精神障がい・発達支援グループへメール又はFAXで提出してください。

・申込先 eメール：hofuku.shohuku1@pref.hokkaido.lg.jp FAX：011-232-4068

・申込期限

釧路会場：平成26年11月7日（金） 道南会場：平成26年11月21日（金）

## 9 修了証書

本研修を修了した者には、修了証書を発行します。

## 10 その他

本研修は、北海道医師会の承認を得て、北海道医師会認定生涯教育講座(3単位)として開催します。

【カリキュラムコード】

72（成長・発達の障害）、29（認知能の障害）、13（地域医療）、14（医療と福祉の連携）、

2（継続的な学習と臨床能力の保持）

生涯教育制度の取得単位登録には、氏名以外に「医籍登録番号」が必要です。研修当日の受付時に忘れずに記入をお願いします。（※ご記入いただいた情報は、本研修実施報告書の作成以外には使用しません。）

下記の参加申込書に御記入の上、次のいずれかの方法で送付してください。

FAX : 011-232-4068  
E-mail : hofuku.shohuku1@pref.hokkaido.lg.jp

※いずれの場合も、添書・送付書等不要です。

※申込書に記載の内容は、当該研修以外で使用することはありません。

※研修終了後に、修了証を送付させていただくので、所属先の住所を正しく御記入いただきますよう、お願いします。

※お申込みの内容が確認できない(ファクシミリの不調で正しく受信できないなど)場合や、  
受講をお断りする場合には連絡をさせていただきますので、連絡先の電話番号を御記入  
いただきますよう、お願いします。

※E-mailでお申込みの際は、件名等を「発達障がい支援医学研修申込み」としてください。

発達障がい支援医学研修会  
参加申込書

開催日時：平成26年11月15日(土) 13:30~17:00

開催場所：釧路市交流プラザさいわい3階大ホール  
(釧路市幸町9丁目1番地)

申込締切：平成26年11月7日(金)

所 属	所属先住所	職	フリガナ
			氏 名

連絡先(代表の方)

お名前 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

FAXの場合、こちら側から送信してください。



下記の参加申込書に御記入の上、次のいずれかの方法で送付してください。

FAX : 011-232-4068  
E-mail : hofuku.shohoku1@pref.hokkaido.lg.jp

※いずれの場合も、添書・送付書等不要です。

※申込書に記載の内容は、当該研修以外で使用することはありません。

※研修終了後に、修了証を送付させていただくので、所属先の住所を正しく御記入いただきますよう、お願いします。

※お申込みの内容が確認できない(ファクシミリの不調で正しく受信できないなど) 場合や、  
受講をお断りする場合には連絡をさせていただきますので、連絡先の電話番号を御記入  
いただきますよう、お願いします。

※E-mailでお申込みの際は、件名等を「発達障がい支援医学研修申込み」としてください。

## 発達障がい支援医学研修会 参加申込書

開催日時：平成26年11月29日(土) 13:30~17:00

開催場所：函館市勤労者総合福祉センターサン・リフレ 函館中会議室  
(函館市大森町2-14)

申込締切：平成26年11月21日(金)

所 属	所属先住所	職	フリガナ
			氏 名

連絡先(代表の方)

お名前

TEL

E-mail

FAXの場合、こちら側から送信してください。

