

# 第1回 栃木県糖尿病療養指導士認定機構 (CDE-Tochigi) 基礎(認定)講習会

- 【期 日】 平成29年3月12日(日曜日) 受付開始9時より  
【場 所】 上都賀総合病院 8階 スカイホール  
栃木県鹿沼市下田町1-1033  
【参加費】 3,000円  
【申し込み】 事前申し込みです。裏面の申し込み要項を確認してください。

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。さてこの度「第1回栃木県糖尿病療養指導士認定機構(CDE-Tochigi)基礎(認定)講習会」を下記のとおり開催いたします。本講習会はCDE-Tochigi認定試験の受験資格に必須の講習会となります(CDEJ有資格者を除く)。また、認定試験の受験を希望しない方でも受講は可能です。皆様お誘い合わせの上、ご参加くださいますよう、ご案内申し上げます。敬白

## [プログラム]

9:30～ 開会

9:40～10:25 (45分)

①糖尿病とは (松村 美穂子:上都賀総合病院糖尿病センター)

10:25～11:10 (45分)

②糖尿病と合併症 (岡田 健太:自治医科大学内科学講座内分泌代謝学部門)

休憩10分

11:20～12:05 (45分)

③食事療法について (宮原 摩耶子:自治医科大学附属病院臨床栄養部)

休憩12:05～13:00 昼食は各自ご用意ください。

13:00～13:45 (45分)

④薬物療法 (金子 博:長崎病院)

13:45～14:30 (45分)

⑤運動療法 (麻田 信明:とちぎメディカルセンターとちのき)

休憩10分

14:40～15:25 (45分)

⑥糖尿病療養指導の実際 (藤嶋 佐知:獨協医科大学病院 看護部)

15:25～16:10 (45分)

⑦糖尿病患者の心理と行動 (堤崎 陽子:獨協医科大学病院 看護部)

16:10～16:55 (45分)

⑧インスリン手技と血糖測定(実技) (吉橋 信行:獨協医科大学病院 看護部)

16:55～17:10 閉会 (CDE-Tochigi 申請方法の説明)



【テキスト】本講習会では、下記のテキストをもとに講習会を行います。事前にお求めください。会場での販売は行いません。

「糖尿病療養指導ガイドブック 2016」-糖尿病療養指導士の学習目標と課題-  
日本糖尿病療養指導士認定機構 編・著

テキスト  
3,024円(込)

日本糖尿病療養指導士認定更新のための研修会として <第2群>糖尿病療養指導士研修 2単位 (申請予定)  
栃木県糖尿病療養指導士認定機構 認定講習会【研修番号:2017-1, 6単位】

主催:栃木県糖尿病療養指導士認定機構

問い合わせ:事務局 野澤、近澤 E-mail: CDEToffice@umin.ac.jp

上都賀総合病院糖尿病センター 内 (0289-64-2161)

# 第1回 栃木県糖尿病療養指導士認定機構 (CDE-Tochigi) 基礎（認定）講習会

【期 日】 平成29年3月12日（日曜日） 受付開始9時より

【場 所】 上都賀総合病院 8階 スカイホール  
栃木県鹿沼市下田町1-1033

【参加費】 3,000円

【申込み】 事前申し込みです。【締め切り】 平成29年3月3日

①WEB、②FAXのどちらかの方法でお申し込みください。

入金が確認されましたら、事務局より【参加証】を送付いたします。

以下に従い、受講料をお振込みいただきますと、受講が決定いたします。

(1) ゆうちょ銀行備付の郵便払込取扱票を用いて、下記の口座へお振込ください。

【口座番号】 00140-0-324445

【加入者名】 栃木県糖尿病療養指導士認定機構

(2) 郵便払込取扱票の通信欄には、「施設名」、「氏名」を必ず記載してください。

(3) 他行等からの振込先 ○一九（ゼロイチキョウ）店（019） 当座 0324445

※お支払いいただきました受講料につきましては、受講をキャンセルされてもお返しできませんので、予めご了承ください。

※振込に際し、領収書は発行いたしません。振込用紙の控え等を保管してください。

※病院単位でまとめて振込される場合は事務局宛(CDEToffice@umin.ac.jp)にその旨と明細（振込日、振込名義、受講番号、受講者氏名、受講料（総額））をお送りください。

①WEB申込アドレス

<https://goo.gl/7DMrM7>

②FAX  
申込用紙

FAX番号 0289-64-2467

上都賀総合病院 糖尿病センター 近澤 行き

フリガナ	
氏 名	
職 種	
E-mail (間違いのないように注意してください)	@
フリガナ	
所 属 施 設	
所 属 部 署	
所在地又は住所	〒
電話番号:	FAX番号

当日はご参加いただいた確認のため、ご施設名・ご芳名のご記帳をお願い申し上げます。ご記帳いただいたご施設名・ご芳名は医薬品の適正使用情報および医学・薬学に関する情報の提供のために利用させていただきます。