

令和2年度 京都府リハビリテーション教育センター 第16回 座学研修会 オンライン開催

Kyoto Rehabilitation Educational Center The 16th Lecture Study Session

2021
2 / 6 (土)

開催方法: Zoom (申込者にURLを送付します。)
主催: 京都府リハビリテーション教育センター

午後2時30分～午後5時40分

1講演のみの受講も可



プログラム

- 講演 1. (14:30～15:30) 「がんのリハビリテーション治療の現状と課題」
京都府立医科大学大学院 リハビリテーション医学
助教 西郊 靖子 先生
- 講演 2. (15:35～16:35) 「脳卒中患者の脳のシステム障害とリハ戦略」
千里リハビリテーション病院
副院長 吉尾 雅春 先生
- 講演 3. (16:40～17:40) 「パラスポーツの現状と課題
～COVID-19を越えて、未来へ～」
京都府立城陽リハビリテーション病院
院長 徳永 大作 先生

対象者: リハビリテーション医学・医療に興味のある医師、看護師、療法士等

参加費: 2,000円 (単位取得料は、別途必要)

申込方法: 申込用紙を記入の上、郵送、FAXまたは電子メールにて申込

申込期間: 2月1日(月)まで

後援: 京都府医師会、京都私立病院協会、京都府病院協会

取得できる単位(予定)

- 公益社団法人日本リハビリテーション医学会
専門医教育研修単位 3単位一括: 3,000円
認定臨床医教育研修単位 30単位一括: 3,000円
- 公益社団法人日本医師会
日本医師会生涯教育制度単位: 講演1時間あたり1単位
(最大カリキュラムコード6、最大単位数3)
- 公益社団法人日本整形外科学会教育研修単位: 1講演1単位につき1,000円
- 公益社団法人日本理学療法士協会: 専門療法士制度ポイント5ポイント
- 一般社団法人日本作業療法士協会: SIG認定1ポイント

問合せ先

京都府リハビリテーション教育センター

〒602-8566 京都市上京区河原町広小路 (京都府立医科大学内)

TEL 075-251-5274 FAX 075-251-5389

Email kyo.reha.edu.c@gmail.com

京都府リハビリテーション教育センター

【趣旨】 超高齢社会となりリハビリテーション医学・医療の重要性は増す一方で、

本センターは京都府立医大、京都大、医療関係団体、京都府・市の行政が一体となってリハビリテーション医療に携わる医師等の研修の機会を提供しています。

【内容】 実践セミナー（年間計17課目）、座学研修会（年間2回各3講演）、実地研修（年間5回程度）を実施しています。（URL：<https://www.pref.kyoto.jp/rehabili/kyoto-reha-edu-c-top.html>）

令和2年度京都府リハビリテーション教育センター 第16回座学研修会（オンライン研修会）申込書

申込日 令和 年 月 日

（申込先）

京都府リハビリテーション教育センター

〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路の梶井町465 京都府立医科大学内

TEL：075-251-5274

FAX：075-251-5389

以下の必要事項を記入して、左記申込先まで郵送、FAXまたは電子メールにてお申し込みください。

e-mail：kyo.reha.edu.c@gmail.com

フリガナ				年齢
氏名				
自宅住所	〒 都道府県			
職種	医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 その他（ ）			
勤務先名				
勤務先住所	〒 都道府県			
連絡先	TEL		FAX	
<input type="checkbox"/> 自宅				
<input type="checkbox"/> 勤務先	Eメール ※			

※ 記載いただきましたEメールにオンライン研修のURLを送付しますので、漏れのないようにお願いします。

京都府リハビリテーション教育センターのデータベースに登録し、当センターからの情報提供、実地研修の案内を希望されますか？ 参加する 参加しない（どちらかに○をしてください。）

希望する

希望しない

いただいた個人情報については、京都府リハビリテーション教育センターからの情報提供のみに使用します。

参加費（2,000円）	以下の口座に2月3日（水）までに御入金願います。 （振込人名義は参加者ご本人とし、お振込手数料はご負担ください）
	京都銀行・出町支店・普通3789843 口座名義：京都府リハビリテーション教育センター研修実行委員会 代表者 鈴木理恵

◇単位取得

日本リハビリテーション医学会	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	希望される方は以下を記入願います。
氏名	生年月日	年 月 日	会員番号
認定臨床医/専門医番号			
日本医師会生涯教育制度単位	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	（氏名） 希望される方は必ず署名願います。
日本整形外科学会	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	希望される方は以下を記入願います。
氏名	生年月日	年 月 日	
日本理学療法士協会	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	（氏名） 希望される方は必ず署名願います。

日本作業療法士会は、終了後にご自身で直接申請願います。