

第6期栄養カウンセリング研修

主催：一般社団法人 日本臨床栄養協会

一般公開

【事前申込制】
各会場先着順

(名古屋)70名

(大分)40名

エキスパートドクターたちが語る ここが知りたい！栄養指導 -医師の気持ちと治療方針-

【日時】▶▶▶ (名古屋)2019年4月21日(日)10:00~17:30
(大分)2019年6月30日(日)10:00~17:30

【会場】▶▶▶ (名古屋)ウイंकあいち 10階大会議室1001 [愛知県名古屋市中村区名駅4丁目4-38]
(大分)別府大学 別府キャンパス 36号館421教室(予定) [大分県別府市北石垣82]

【受講料】(事前入金制) *定員になり次第、締切らせていただきます
5,000円:協会会員・学生・栄養カウンセリング研修過去受講
10,000円:非会員

●症例から診る人体の評価 —病態生理と薬物療法— ●

(名古屋会場)

- 消化器疾患[10:30~12:00]
名古屋徳洲会総合病院総合診療科
坂本宣弘先生
- 脂質異常症[13:00~14:00]
柏市立介護老人保健施設 はみんぐ
多田紀夫先生
- 糖尿病[14:00~15:00]
岐阜大学大学院医学系研究科 内分泌代謝病態学
堀川幸男先生
- 慢性腎臓病と高血圧[15:15~16:15]
日本医科大学名誉教授/医療法人やよい会理事長
飯野靖彦先生
- 肥満と心臓病[16:15~17:15]
医療法人ロングウッド 北千里 前田クリニック
前田和久先生

(大分会場)

- 肥満と心臓病[10:30~11:30]
医療法人ロングウッド 北千里 前田クリニック
前田和久先生
- 脂質異常症[11:30~12:30]
大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学
小関正博先生
- 糖尿病[13:30~14:30]
実践女子大学大学院 生活科学研究科
松島照彦先生
- 慢性腎臓病と高血圧[14:45~15:45]
日本医科大学名誉教授/医療法人やよい会理事長
飯野靖彦先生
- 消化器疾患[15:45~17:15]
名古屋徳洲会総合病院総合診療科
坂本宣弘先生



■NR・サプリメントアドバイザー【10単位】

■栄養相談専門士更新単位【5単位】 ■研修認定薬剤師制度【3単位】

【申込方法】下記の通り、インターネットまたはFAXによる申込み、振込みによるご入金をお願い致します。

- ①インターネットまたはFAXより申込み
- ②お振込先【ゆうちょ銀行】

振替口座:00120-9-18766/口座名義:日本臨床栄養協会
~他金融機関からの振込用口座番号~

支店名:〇一九(ゼロイチキョウ)店(019)/当座0018766

*振込手数料は各自でご負担下さい。

*会員の方は、ご依頼人名義の前に会員番号の数字6桁をご入力下さい。

QRコード読み取り



＼ご案内ページへアクセス／

※プログラムおよび申込方法の詳細は、
日本臨床栄養協会ホームページをご覧ください

TEL:03-3467-0446

MAIL:jcna1979@agate.plala.or.jp

URL:<http://www.jcna.jp/seminar/top.html>

FAX : 03-3467-0447

日本臨床栄養協会事務局 宛

第6期栄養カウンセリング研修 一般公開講座

エキスパートドクターたちが語る

ここが知りたい！ 栄養指導 -医師の気持ちと治療方針-

受講申込書

申込日： 年 月 日

(ふりがな： お名前	男・女	<input type="checkbox"/> 日本臨床栄養協会会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学生（申込時に学生証コピー要提出） <input type="checkbox"/> 栄養カウンセリング研修過去受講あり（第 期受講者） <input type="checkbox"/> NR・サプリメントアドバイザー
受講会場： <input type="checkbox"/> 名古屋会場 <input type="checkbox"/> 大分会場		
生年月日（西暦）： 年 月 日（年齢 歳）		
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他（)		
ご郵送先・ご連絡先（ <input type="checkbox"/> 自宅 / <input type="checkbox"/> 勤務先） 〒 TEL : - - FAX : - -		
E-Mail アドレス @		
Q.本研修をどこで知りましたか（ <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 協会誌 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> ダイレクトメール <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ご紹介（ご紹介者：) <input type="checkbox"/> その他		
受講料入金日（予定）： 月 日		