

# 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)ウインクあいち 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  
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  
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

※名古屋会場・大分会場ともランチセミナーがあります。(昼食付き)

■研修認定薬剤師制度【3単位】 ■(大分会場のみ)(公社)大分県栄養士会生涯教育単位【3単位】

■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】

[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(ゼロイチキュー)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 checked="" type="checkbox"/> <del>名古屋会場</del> <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		