

米沢市糖尿病性腎症重症化予防対策セミナー

日時

2023年12月6日(水) 19:00~20:10

会場

会場:米沢市医師会館 〒992-0045 米沢市中央二丁目3番7号

配信:Zoom ウェビナーによる事前登録制となります



* 当セミナーはハイブリッド開催(現地開催とWeb開催)です

* Webご視聴の先生方はこちらからお申込み下さい(お申込み方法裏面に記載)

https://zoom.us/webinar/register/WN_MF9kVDW6Rm2ODKAVSg09Yg

座長

米沢市医師会長 佐野 隆一 先生

講演Ⅰ

19:05~19:25

「米沢市における糖尿病性腎症重症化予防に対する取組み」

演者

山形県米沢市 健康福祉部 健康課 成人健康主査
平 恭子 様

講演Ⅱ

19:25~20:05

「置賜地区における糖尿病重症化予防の取組み」

演者

公立置賜総合病院 副院長 江口 英行 先生

Closing
Remarks

三友堂病院 病院長 仁科 盛之 先生

※日本医師会生涯教育制度指定講習会 0.5単位(CC:11 予防と保健)を申請中です。

※山形県糖尿病療養指導士(CDE-Yamagata)を1.0単位申請中です。CDE認定番号はCDE-Yamagata単位取得の目的以外には使用致しません。ご了承の上、ご記載下さい。

※本講演会で取得したご所属・ご氏名・メールアドレス等は、弊社による医薬品および医学・薬学に関する情報提供並びに参加者に関するご確認のために利用させていただきます。

また、当該情報は、弊社から山形県医師会・山形県糖尿病療養指導士会に開示し、開示先が参加者の確認(単位取得の確認等)のために利用することがございます。ご同意頂けるようでしたら、ご参加下さい。尚、本セミナーは医療従事者の皆様を対象としておりますので、一般の方のご参加はお断り致しております。

※本セミナーの視聴状況は弊社担当MRIにフィードバックされ、情報提供やサービスのお知らせのために活用させていただく場合がございます。

※視聴環境を満たしていても、端末によって視聴ができない場合がございますのでご了承ください。

後援:米沢市、米沢市医師会、米沢市薬剤師会、公益財団法人 日本腎臓財団
主催:協和キリン株式会社

1 | ウェビナー登録用URLの発送

担当者より、下記いずれかの方法でウェビナー登録用 URL が発送されます。



【Eメール】

メール本文に記載されたURLをクリックし、情報登録画面にアクセスします。

【チラシ / DM】

記載されている二次元コードを読み込んで、情報登録画面にアクセスします。



2 | 情報登録

登録項目が複数出ますのでご記入ください。

ご氏名
メールアドレス
ご所属施設名
ご職種

につきましては、視聴URL送付と
ご本人確認のためご入力をお願いします。

こちらが表示される場合はチェック

情報記入後に登録をクリック

ウェビナー登録

トピック マイウェビナー

時刻 2020年6月17日 07:00 PM 大阪、札幌、東京

名 ※必須項目 姓 ※必須項目

メールアドレス ※必須項目 メールアドレスを再入力 ※必須項目

ご所属施設名 ※必須項目

私はロボットではありません RECAPTCHA プライバシー情報

登録

※登録項目は内容によって変更が出る場合がございます。

3 | ウェビナー参加用URLの発行

登録情報に抜けが無ければ承認され、ウェビナー参加用URLが発行されます。

● そのまま参加される場合

画面に表示されたURLをクリックし、ZOOM画面へアクセスします。

● 後日参加される場合

登録したメールアドレスに、登録確認メールが届いています。メール本文中の『[ここをクリックして参加](#)』リンクをクリックし、ZOOM画面へアクセスします。

4 | Zoom

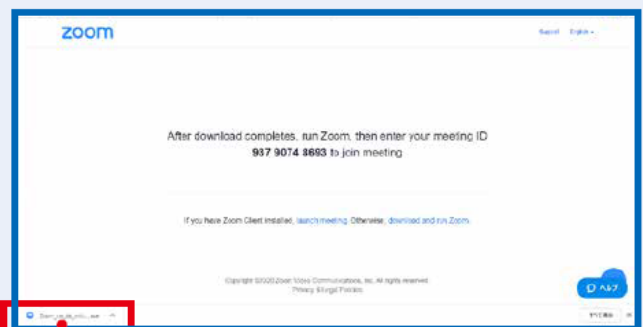
下図のような画面が表示され、待機状態となります。



ホストがミーティングを開始すると、自動でミーティング画面に移行されます。

4 | Zoomが未インストールの場合

下図のような画面が表示され、ZOOMのダウンロード待機状態になります。



こちらをクリック後【開く】を選択ください。インストール後、待機画面が表示されます。※ブラウザによって仕様が異なる場合がございます。

会場参加(米沢市医師会館) お申し込み用紙

米沢市糖尿病性腎症重症化予防対策セミナー

申し込み締切 2023年11月29日(水)

FAXによるお申込み

FAX送付先: **023-622-9014** 協和キリン株式会社 山形営業所

※下記の事項をご記載いただき、上記送付先にご返信をお願い致します

お名前	
ご施設名	
職種	医師・看護師・薬剤師・栄養士・管理栄養士・保健師・その他()
山形県糖尿病療養指導士会 単位を希望される方は下記をご記入下さい	
山形県糖尿病療養指導士認定番号	
メールアドレス	
ご連絡先(電話番号)	

メールによるお申込み

送付先 **satoshi.shinohara.x8@kyowakirin.com**

協和キリン株式会社 篠原 諭 宛

※下記の事項をご記載いただき送信をお願い致します

①お名前 ②ご施設名 ③職種

【山形県糖尿病療養指導士会 単位をご希望される方のみ】

④山形県糖尿病療養指導士認定番号 ⑤メールアドレス ⑥ご連絡先

【本件に関する問い合わせ先】

協和キリン株式会社 篠原 諭

E-mail:satoshi.shinohara.x8@kyowakirin.com

Tel:080-3526-8205