

# 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)名古屋経済大学 名駅サテライトキャンパス 10Fホール  
[愛知県名古屋市中村区名駅4丁目25-13]  
(大分)別府大学 別府キャンパス 36号館421教室  
[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者 / 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 内分泌代謝病態学分野  
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【申請中】

**[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

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		