

# 第 17 回日本褥瘡学会北海道地方会学術集会のお知らせ

第 17 回日本褥瘡学会北海道地方会学術集会を下記の要領で開催致します。  
多数の皆様のご参加をお待ち致しております。

2018 年日本褥瘡学会北海道地方会学術集会  
会長 澤口 裕二 (士別市立病院 療養診療科 診療部長)

日 時 : 2018 年 2 月 10 日 (土) 12 時 00 分~17 時 00 分 (予定)  
場 所 : 札幌コンベンションセンター 中ホール  
(札幌市白石区東札幌 6 条 1 丁目 1-1)  
参 加 費 : 会 員/2,000 円 非会員/4,000 円

特定演題 I 【悪夢のような 1 例】 5 題(7 分発表 4 分質疑)

座長 : 澤口 裕二(士別市立病院 療養診療科 診療部長)

一般講演 I 3 題(7 分発表 4 分質疑)

座長 : 丹野 博美(旭川厚生病院 皮膚・排泄ケア認定看護師)

一般講演 I 3 題(7 分発表 4 分質疑)

座長 : 高橋 良太(士別市立病院 皮膚・排泄ケア認定看護師)

**会長講演 『動物の動きの進化から見た介助のあり方』**

座長 : 阿部 清秀(形成外科学会専門医 日本褥瘡学会北海道地方会世話人)

演者 : 澤口 裕二(士別市立病院 療養診療科 診療部長)

参加希望の方は参加申込書にて事前にお申込下さい。事前申込締切は 1 月 22 日(月)までです。  
なお、当日受付の参加費は会員 2,500 円、非会員 4,500 円となります。ご注意ください。

## 一般演題募集

受付期間 : 2017 年 10 月 2 日 (月) ~ 2017 年 12 月 25 日 (月)

◎演題抄録募集要領

抄録 : 演題名 30 字、本文 400 字以内です。発表者の所属と氏名をつけてください。演者○印とふりがなをつけてください。

◎抄録は E メール (添付ファイル) 又は CD のいずれかで下記アドレス・住所までお送り下

さい。Word 形式、フォントは MS 明朝、10.5 ポイント、日本語は全角、句点(。)、読点(、)、英数文字は半角、コンマ(,)、ピリオド(.)としてください。

詳細は地方会ホームページを御覧下さい (<http://www.jspu-hokkaido.org/>)。

◎発表形式 : 口演(パワーポイント使用) 発表 7 分、質疑応答 4 分。

### 【キネステティック関係の発表をする方へお願い】

キネステティックの用語はその体験セミナーで学習します。一般参加者の大半はその用語の意味を学習していません。従いまして、キネステティック関係の発表をする方は、その用語を噛み砕いてキネステティックを学んでいない参加者でも理解できるように発表してください。

【一般演題 問い合わせ・申込先】 第 17 回日本褥瘡学会北海道地方会学術集会  
事務局代行 (株) エムコム TEL : 011-728-6188 FAX : 011-728-6151 担当木下、横井  
E-mail : mikio\_kinoshita@ni.wism-mutoh.co.jp

# 【参加申込書】

## 2018年日本褥瘡学会公認第1回北海道地方会教育セミナー 第17回日本褥瘡学会北海道地方会学術集会

- 1, 参加を希望されるものに○をつけて下さい。
- ( ) 2018年日本褥瘡学会公認第1回北海道地方会教育セミナー  
( ) 第17回日本褥瘡学会北海道地方会学術集会
- 2, 会員種別について (いずれかに○印)
- ( ) 日本褥瘡学会北海道地方会または日本褥瘡学会の会員である  
( ) 非会員である

### 3, 参加費

	会員	非会員	参加費合計
教育セミナー	2,000 円		_____ 円
学術集会	2,000 円	4,000 円	

- \* 参加申込書と参加費を同封の上、下記申込先へ現金書留にて1月22日(月)必着でお送り下さい。(尚 定員になり次第、受付を終了させていただきます。)  
参加証の発送は2月1日頃を予定しています。キャンセルにつきましては、ご返金いたしませんので予めご了承下さい。
- \* 尚、当日受付の場合、会員、非会員に限らず参加費は上記の金額に500円加算となりますのでご注意ください。
- \* 当日受付の方は、当日、後日も受講証は発行されませんのでご注意ください。  
受講証が必要な場合は必ず事前申込みを して下さい。

参加証送付先 (いずれかに○印)                      所属                      ・                      自宅

ご氏名: \_\_\_\_\_

ご住所: 〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

(送付先が所属機関の場合のみご記入ください)

所属機関名: \_\_\_\_\_

部署名 \_\_\_\_\_ 職種・役職名 \_\_\_\_\_

申込先 〒169-0072

東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル 9階 (株) 春恒社学会事業部内  
日本褥瘡学会北海道地方会事務局

TEL: 03-5291-6231 FAX: 03-5291-2176 Email jspu-hokkaido@shunkosha.