

福島県地域医療症例検討会開催!

《発表する方にも、指導する方にも、聴講だけの方にも最高の学びの場》

～この症例検討会に参加する意義～

- 複数の臨床研修病院の症例が発表される貴重な会です。自分が今まで経験したこともない症例の疑似経験ができます。
- 施設を超えた幅広い意見や考えを聞けるので、自分の考え方と異なる視点の考え方を知り、より深く、多くのことを学ぶことが出来ます。
- 発表する方と一緒に参加される指導医の方にも有意義な会です。指導する中で学ぶこと、また、発表後の質問等から学ぶこと、たくさんあるはずです。
- 参加する方も、その場で質問、評価する(実際に、発表者の評価をしていただきます)ことで、自分の質問力を磨くことが出来、1つの症例に対し、違った見方ができる能力を養えます。

～この機会に症例検討会に参加してみましょう～

日時:令和4年10月29日(土)13時00分～受付、13時30分開始

開催方法:Zoomによるオンライン開催

発表者:福島県内の初期臨床研修医(1年次、2年次)。

聴講者:福島県内の初期臨床研修医(1年次、2年次)、福島県の各種修学資金利用で義務年限中の医師、その他地域医療に関心のある医学生等医療関係者。

申込方法:チラシ裏面申込用紙でお申込みいただくか、QRコード又はURL(<https://forms.gle/CEb6kVPyb9uhjxZg7>)からアクセスしてお申し込みください。



※ 当セミナーは福島県の緊急医師確保修学資金の貸与を受けている方が年1回受講することとされる講座の1つです。

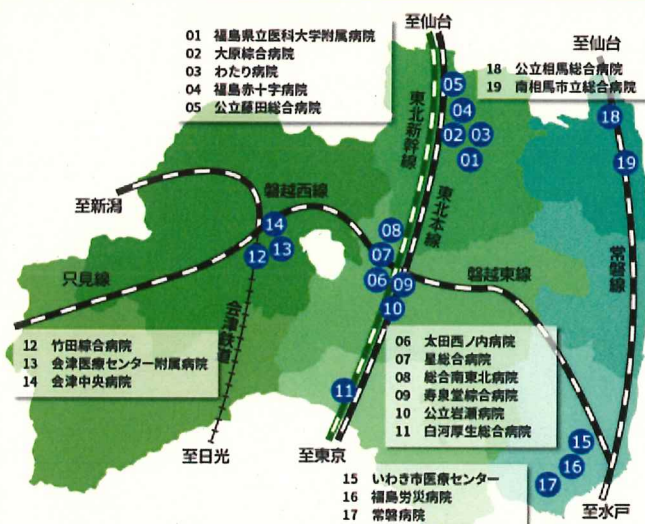
主催:福島県臨床研修病院ネットワーク
(事務局:公立大学法人福島県立医科大学
医療人育成・支援センター)

共催:一般社団法人福島県医師会

申込・連絡先:医療人育成・支援センター

TEL:024-547-1047 FAX:024-547-1715

E-mail:cm-entry@fmu.ac.jp



福島県地域医療症例検討会参加申込書

福島県立医科大学 医療人育成・支援センター 高倉宛

送付先：FAX 024-547-1715、E-mail cm-entry@fmu.ac.jp

申込者名：

連絡先電話番号：

申込者所属名：

E-mail：

1 症例検討会に聴講者として参加する方の申込欄

氏名 (フリガナ)	職種 (臨床研修医は年次)	氏名 (フリガナ)	職種 (臨床研修医は年次)
例 医大 花子 (イダイ ハナコ)	副院長		
福島 太郎 (フクシマ タロウ)	2年次	()	
()		()	
()		()	

2 症例検討会の発表者としてエントリーする方の記載欄 (グループでの応募も可)。ただし、県内の初期臨床研修医の方のみとなります。

エントリーNo. 1

発表 症例名	氏名 (フリガナ)	研修医 年次	氏名 (フリガナ)	研修医 年次	氏名 (フリガナ)	研修医 年次
	()	年次	()	年次	()	年次
↑単独発表者はこちらに記載願います。(グループ応募の場合、代表発表者を記載願います。)			()	年次	()	年次

エントリーNo. 2

発表 症例名	氏名 (フリガナ)	研修医 年次	氏名 (フリガナ)	研修医 年次	氏名 (フリガナ)	研修医 年次
	()	年次	()	年次	()	年次
↑単独発表者はこちらに記載願います。(グループ応募の場合、代表発表者を記載願います。)			()	年次	()	年次

エントリーNo. 3

発表 症例名	氏名 (フリガナ)	研修医 年次	氏名 (フリガナ)	研修医 年次	氏名 (フリガナ)	研修医 年次
	()	年次	()	年次	()	年次
↑単独発表者はこちらに記載願います。(グループ応募の場合、代表発表者を記載願います。)			()	年次	()	年次