

第10回福島県 性差医療セミナー

参加
無料

～性差を考慮した心の健康を一緒に考えてみませんか?～

第一部

10:30～12:00 (開場10:00)

対象:一般の方

「もっと知ろう!漢方のこと
～よりよく生きるための漢方の基礎知識と実際～」

●鈴木朋子 (福島県立医科大学会津医療センター 漢方医学講座 准教授)

第二部

13:00～16:00 (開場12:30)

対象:医療関係者及び一般の方

「科学と地域を橋渡しするツール
:福島における育児支援」

●後藤あや (福島県立医科大学 公衆衛生学講座 准教授)

「福島における支援者のストレス
～ジェンダーの違いも含めて考える～」

●前田正治 (福島県立医科大学 災害こころの医学講座 教授)

「女性ホルモンをもっと知ろう」

●天野恵子 (財団法人野中東皓会静風荘病院 特別顧問)

平成26年12月7日(日)

福島県立医科大学内 8号館N301講義室

(福島市光が丘1番地)

事前予約制

託児室完備

ご利用の方は、お電話にてお申込みください。
病院経営課病院企画係 電話 024-547-1821

主催 公立大学法人福島県立医科大学

後援 福島県、福島医学会、福島県医師会、(公社)福島県看護協会、(一社)福島県薬剤師会、(公社)福島県栄養士会、福島県産科婦人科学会、福島県産婦人科医会、福島県立医科大学医師会、福島県立医科大学光が丘協議会、福島テレビ、福島中央テレビ、テレビユー福島、福島放送、NHK福島放送局、福島民報社、福島民友新聞社、ラジオ福島、ふくしまFM (順不同)

第10回 福島県

性差医療セミナー

参加
無料

平成26年12月7日(日)

福島県立医科大学内 8号館 N301 講義室
(福島市光が丘1番地)

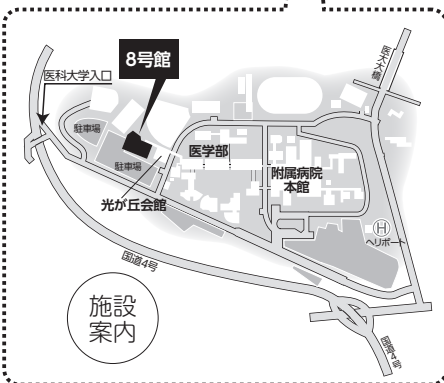
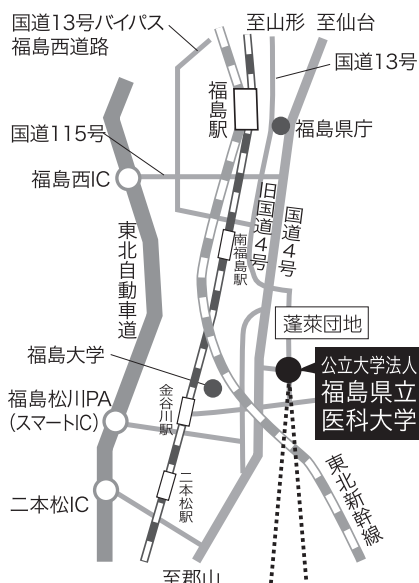
第一部 10:30~12:00 (開場10:00)
対象：一般の方

第二部 13:00~16:00 (開場12:30)
対象：医療関係者及び一般の方

託児室完備

【事前予約制】

ご利用の方は、お電話にてお申込みください。
病院経営課病院企画係 電話 024-547-1821



性差医療は、2001年に日本に初めて女性専門外来が開設されて以来、全人的医療を実践できる場として周知されてきています。また性差医学という学問的観点からも、その重要性が認識されてきたところです。

本セミナーは性差医学の理解を深め性差医療を学ぶ場として、各分野において先進的な取り組みをされている専門家を講師にお招きしてご講演いただきます。

第一部

10:30~12:00 「もっと知ろう！漢方のこと
～よりよく生きるための漢方の基礎知識と実際～」
鈴木 朋子 (福島県立医科大学会津医療センター 漢方医学講座 准教授)

第二部

13:10~13:30 福島県立医科大学附属病院性差医療センター報告

13:30~14:15 「科学と地域を橋渡するツール：福島における育児支援」
後藤 あや (福島県立医科大学 公衆衛生学講座 准教授)

14:15~15:00 「福島における支援者のストレス ～ジェンダーの違いも含めて考える～」
前田 正治 (福島県立医科大学 災害こころの医学講座 教授)

15:00~15:45 「女性ホルモンをもっと知ろう」
天野 恵子 (財団法人野中東皓会静風荘病院 特別顧問)

15:45~16:00 質疑応答

※本セミナー第二部は、日本医師会生涯教育講座講習会(2単位)、日本産婦人科医会研修参加証、日本産科婦人科学会認定シールの対象となります。

申込み方法

参加者全員の郵便番号、住所、氏名、年齢、職業、電話番号をご記入の上、ハガキ、FAX、E-mail でお申込みください。電話でのお申込みも受け付けております。

●申込み締切／平成26年12月3日(水) 必着

●申込み・問い合わせ先／公立大学法人福島県立医科大学附属病院 病院経営課病院企画係
〒960-1295 福島市光が丘1番地 電話 024-547-1821 FAX 024-547-1988 Email seisa@fmu.ac.jp

※先着順、定員に達し次第、受付を終了いたします。頂いた個人情報は、この目的以外での利用、第三者への提供はいたしません。

第10回 福島県性差医療セミナー FAX 申込書 FAX 番号 024-547-1988

ふりがな		第一部	どちらかで囲んでください 参加する・参加しない	第二部	どちらかで囲んでください 参加する・参加しない
お名前		職業		年齢	歳
ご住所	〒	電話	()	どちらかで囲んでください 医療関係者・一般の方	
ふりがな		第一部	どちらかで囲んでください 参加する・参加しない	第二部	どちらかで囲んでください 参加する・参加しない
お名前		職業		年齢	歳
ご住所	〒	電話	()	どちらかで囲んでください 医療関係者・一般の方	