

## 平成 29 年度第2回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修

(午前の部)

○ 日 時：平成30年2月18日(日) 9:30~12:30 (受付 9:00~)

○ 会 場：九州大学医学部 百年講堂中ホール3 (福岡市東区馬出3丁目1番1号)

時 間	研 修 内 容
9:00~	受 付
9:30~	午前の部 あいさつ
9:40~	伝達研修:「第24回発達障害支援医学研修」 九州大学病院子どものこころの診療部 山下 洋
10:20~	休 憩
10:30~ 質問含む	講演:「(仮)学齢期における発達障害と移行支援について」 久留米大学病院 小児科 山下 裕史朗先生
12:00~	意見交換(研修内容の質問、発達障がい支援に関する意見等)
12:20~	事務連絡(アンケートの記入等)
12:30	午前の部 閉会

(午後の部)

○ 日 時：平成30年2月18日(日) 14:00~17:00 (受付13:30~)

○ 会 場：九州大学医学部 百年講堂中ホール3 (福岡市東区馬出3丁目1番1号)

時 間	研 修 内 容
13:30~	午後受付
14:00~	午後の部 あいさつ
14:10~	伝達研修:「第24回発達障害支援医学研修」 九州大学病院子どものこころの診療部 江川 知康
14:50~	休 憩
15:00~ 質問含む	講演:「(仮)発達障がいのある方の青年期・成人期へのキャリア・ オーバーと医療の役割 ~併存症への医学的治療~」 愛知県心身障害者コロニー中央病院 児童精神科 吉川 徹先生
16:30~	意見交換(研修内容の質問、発達障がい支援に関する意見等)
16:50~	事務連絡(アンケートの記入等)
17:00	午後の部 閉会

## 第2回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修

### 受講申込書

申込先：〒812-8577

福岡市博多区東公園7番7号

福岡県福祉労働部 障がい福祉課

FAX：092-643-3304

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生まれ
所属名	
性別	男性・女性
申込の部	午前の部・午後の部・午前の部及び午後の部
診療科 (該当するものに○)	( )①小児科 ( )②内科 ( )③精神科 ( )④その他( )
連絡先 (電話番号)	自宅：TEL( ) - 所属先：TEL ( ) - 携帯電話：( ) -
受講可否の送付先 (FAX及び郵送先住所) ※両方の記入をお願いします。	①FAX番号 ( ) - ②送付先住所(自宅・所属・その他( )) 〒 - ( )
備考	*車いす席など、配慮が必要な事項がありましたらご記入ください

※この申込書に記載された個人情報については本研修の運営以外の目的では使用いたしません。