

第 5 回九州 C K D 看護研究会

賛助会費募集要項

第 5 回九州 C K D 看護研究会事務局

第5回九州CKD看護研究会

ご協賛のお願い

2024年2月吉日

第5回九州CKD看護研究会

代表世話人 守屋 洋子



謹啓 新緑の候、貴社ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より格別のご高配を賜り、また医療・看護実践、医学の研究・教育及び研修等の多方面において多大なご貢献を賜り誠にありがとうございます。

この度、第5回九州CKD看護研究会を2024年10月20日(日)福岡市内の九州大学医学部百年講堂におきまして開催させていただくことになりました。

本研究会は、日本腎不全看護学会を含む6学会合同認定のCKDLN（慢性腎臓病療養指導看護師）主催による、九州・沖縄地区教育セミナーとして位置付けています。九州の慢性腎臓病に関わる看護者に対し、保存期・血液透析・腹膜透析・腎移植とCKD全般の看護力を高めることを目指しております。

今回は「その人らしさを支援するCKD看護」をテーマに、慢性腎臓病に関わる約500名の会員の参加を見込んでおります。また、今大会は感染対策を行いながら対面での開催を予定しており、現在、鋭意準備を進めております。

つきましては、本募集要項をご一読いただき、第5回九州CKD看護研究会に、何卒ご協賛賜りますようお願い申し上げます。

謹白

第5回九州CKD看護研究会 開催概要

会期	2024年10月20日(日)
会場	九州大学医学部 百年講堂 〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号
代表世話人	守屋 洋子 (赤間腎クリニック 看護師長)
テーマ	「その人らしさを支援する CKD 看護」
参加者	約 500 名
事務局	福岡赤十字病院 透析室
事務連絡責任者	代表世話人 赤間腎クリニック 守屋 洋子 所在：福岡県宗像市須恵 1-3-15 TEL：0940 (35) 4100 FAX：0940 (35) 4120

開催趣旨 本研究会は、日本腎不全看護学会を含む6学会合同認定のCKDLN(慢性腎臓病療養指導看護師)主催による、九州・沖縄地区教育セミナーとして位置付けており、慢性腎臓病における保存期、血液透析、腹膜透析、腎移植と全般を通しての看護実践力を高めることを目指しております。九州全体で慢性腎臓病に関わる看護師の研鑽の機会となるように努め、毎年開催して参ります。約500名の会員の参加を見込み、看護実践報告や活発な議論を行います。

プログラム概要 (案)

ワークショップ、交流集会、ポスターセッション、事例検討、教育セミナー
企業セミナー

9:00～	受付開始
9:50～	開会の辞、オリエンテーション
10:00～12:00	ワークショップ・交流集会・事例検討
12:00～13:00	ランチョンセミナー
13:10～14:00	ポスターセッション
13:30～15:00	ワークショップ・交流集会
15:00～16:00	スイーツセミナー・事例検討
16:00～	閉会の辞

第5回九州CKD看護研究会

賛助会費募集要項

賛助会費の名称	第5回九州CKD看護研究会
賛助会費の用途	第5回九州CKD看護研究会の準備および運営経費に充当
賛助会費目標額	80,000円（目安として1口 10,000円 8社）
賛助会費募集期間	2024年7月31日（水）まで

申込み方法 賛助会費申込書に所定の事項を記入の上
2024年7月31日（金）までに下記へご送付下さい。

〒811-3405 福岡県宗像市須恵 1-3-15
「第5回九州CKD看護研究会 代表世話人 守屋洋子」宛
FAX : 0940 (35) 4120

お振込方法 賛助会費申込書に所定の必要事項をご記載の上 FAXでお申込み頂いた後、下記の銀行口座へお振込み頂きますようお願い申し上げます。
申込書とお振込みの両方を確認させていただき領収書を発行いたします。申込書のご提出をお忘れにならないようお願いいたします。

銀行名： 福岡銀行
支店名： 新宮支店
口座種別： 普通
口座番号： 676485
口座名義： 九州CKD看護研究会 代表者 田原 恒
(キョウシュウシーケーディカンゴケンキュウカイ ダイヒョウ タハラ ヒサシ)

送付先 FAX : 0940 (35) 4120

締切日 : 2024 年 7 月 31 日 (水)

第 5 回九州 CKD 看護研究会 代表世話人 守屋 洋子 宛

第 5 回九州 CKD 看護研究会 賛助会費申込書

趣旨に賛同し、下記金額を第 5 回九州 CKD 看護研究会の経費として納入いたします。

金 _____ 円也

振込予定日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 月 _____ 日

貴社名 : _____

ご担当部署名 : _____

ご担当者名 : _____

ご連絡先 : _____

TEL : _____ FAX : _____

E-Mail : _____