

令和7年度 熊本県地域リハビリテーション支援センター研修会のご案内

〈日本医師会生涯教育講座 1.5 単位：加算コード 10 チーム医療〉

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より、地域リハビリテーション事業の推進ならびに広域支援センター等の運営にご尽力を賜り誠にありがとうございます。

このたび、第2回熊本県地域リハビリテーション支援センター研修会を下記のとおり開催することにしましたのでご案内申し上げます。

つきましては、参加ご希望の方は下記申込方法をご確認の上、熊本地域リハビリテーション支援協議会事務局までお申込み下さい。

敬 具

令和8年1月

熊本地域リハビリテーション支援協議会
会長 福田 稲

関係各位

記

1. 日 時：令和8年2月9日（月）19:00～20:45

2. 場 所：熊本県医師会 2階大ホール ※対面形式の開催となります。

※本会館駐車場は狭隘のため公共交通機関などを利用してご来場下さい。

3. 研 修：

【テーマ】「呼吸器リハビリテーションと終末期リハビリテーション」

「地域につなげる呼吸リハビリテーション

—病院から在宅へ、切れ目のない支援の実現に向けて—

熊本県理学療法士協会 理事 筒井 宏益 氏

「緩和ケアでのリハビリテーション」

イエズスの聖心病院 院長 木村 哲也 先生

パネルディスカッション

4. 申込方法：原則、Eメールにて受付いたします。

①件名「2月9日_地域リハ支援センター研修会参加申込」、②施設名、③氏名（ふりがな）、

④職種、⑤連絡先 を記載の上、下記の申込先アドレス宛にEメールにて送信下さい。

申込先：gyoumu2@kumamoto.med.or.jp

※ご案内は、熊本県医師会ホームページ > 「熊本地域リハビリテーション支援協議会」

> 「講演会のご案内」に掲載いたします。

5. 申込締切：2月6日（金）

6. 問合せ先：熊本地域リハビリテーション支援協議会事務局

（熊本県医師会 業務II課） TEL:096-354-3838

**※受講される方でメールでの申込が不可能な方は、本紙に上記②～⑤を記載の上、FAX
(096-355-6507) にて送信下さい。**

＜FAXの方＞

① 2月9日 地域リハ支援センター研修会参加申込（集合形式）

② 施設名 ③ 氏名（ふりがな） ()

④ 職種 ⑤ 連絡先 _____