

北陸高度がんプロチーム養成基盤形成プラン

# 県民公開シンポジウム がん診療最前線

納得できる医療を求めて



◎ 福井県県民ホール(アオッサ8階)

◎ 平成25年12月15日(日)13:30~16:15(開場=13:00)

定員:300名

参加費無料

申込締切:12月6日(金)

#### 司会進行・開会挨拶

福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター長 片山寛次

#### 講演1.「大腸がんの早期発見と早期治療」

福井大学医学部附属病院光学医療診療部 准教授 平松 活志

#### 講演2.「がん化学療法 最新の成果」

福井大学医学部附属病院血液・腫瘍内科 講師 山内 高弘

#### 講演3.「患者・家族サロンってどんなところ？」

福井大学医学部附属病院 がん専門相談看護師 桑原 希恵

#### 講演4.「乳がん切除後の乳房再建術」

福井大学医学部附属病院形成外科 准教授 中井 國博

#### 講演5.「リンパ浮腫の治療とケア」

福井大学医学部附属病院 乳がん看護認定看護師 浦井 真友美

#### 講演6.「私のがん体験-医療スタッフから患者の立場になって-」

がん患者会「みのり会」 有馬 洋子

質疑応答 がんに対するQ&A

(敬称略)

お問い合わせ・お申し込み:

福井大学松岡キャンパス総務室 総務・企画係

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 Tel.0776-61-8186(8857)

Fax.0776-61-8153 E-mail. gpro-fukui@ml.cii.u-fukui.ac.jp

※裏面に記入しFAXもしくはハガキにてお申し込みください。

※お申込者の方には聴講券をお送りします。

※駐車台数に限りがありますので、できるだけ公共交通機関でご来場ください。

共催: 福井新聞社 後援: 福井県医師会、福井県薬剤師会、福井県看護協会、福井県病院薬剤師会、福井県がん診療連携協議会

#### 県民の皆さまが対象です。


この県民公開シンポジウムは、がんと向き合っている患者さんやご家族の方はもちろん、一般の方にもご参加いただけるシンポジウムです。

主催

北陸高度  
がんプロチーム  
養成基盤形成プラン  
福井大学

創造力、実践力。

国立大学法人

 福井大学

北陸高度がんプロチーム養成基盤形成プラン

県民公開シンポジウム

# がん診療最前線

定員：300名 参加費無料

## 参加申込み用紙

申込み締め切り：平成25年12月6日(金) ※定員になり次第締め切らせていただきます。

お問い合わせ・お申し込み

福井大学松岡キャンパス総務室 総務・企画係

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 Tel.0776-61-8186(8857)

※ご記入いただいた情報をもとに、今後北陸高度がんプロチーム養成基盤形成プランより、ワークショップや講習会などの情報を提供させていただく場合があります。その他第三者に個人情報を提供することは一切ありません。

E-mailでお申し込み

※お申込者の方には聴講券をお送りします。

[gpro-fukui@ml.cii.u-fukui.ac.jp](mailto:gpro-fukui@ml.cii.u-fukui.ac.jp)

FAXでお申し込み

ハガキでお申し込み

# Fax. 0776-61-8153

必要事項を記入し、このままFAXでご送信ください。

郵便はがき

# 918-8790

料金受取人払郵便

福井南局  
承認

## 6119

差出有効期間  
平成25年12月31日まで  
切手はいりません

福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3

福井大学松岡キャンパス総務室

総務・企画係

「県民公開シンポジウム」係行

キリトリ線



参加ご希望の方は、このハガキをポストに投函してください。

フリガナ			フリガナ		
お名前	男	職業(勤務先)	お名前	男	職業(勤務先)
	女			女	
住所	〒 - -		住所	〒 - -	
お電話	- -		お電話	- -	
質問欄			質問欄		
※質問に必ずお答え出来るとは限りません。きわめて個人的な質問はご遠慮ください。			※質問に必ずお答え出来るとは限りません。きわめて個人的な質問はご遠慮ください。		

フリガナ			フリガナ		
お名前	男	職業(勤務先)	お名前	男	職業(勤務先)
	女			女	
住所	〒 - -		住所	〒 - -	
お電話	- -		お電話	- -	
E-mail	@		E-mail	@	
※病院に勤務されている方のみご記入ください			※病院に勤務されている方のみご記入ください		
フリガナ			フリガナ		
お名前	男	職業(勤務先)	お名前	男	職業(勤務先)
	女			女	
住所	〒 - -		住所	〒 - -	
お電話	- -		お電話	- -	
E-mail	@		E-mail	@	
※病院に勤務されている方のみご記入ください			※病院に勤務されている方のみご記入ください		
質問欄 ※質問に必ずお答え出来るとは限りません。きわめて個人的な質問はご遠慮ください。					