

第16回つくば母乳育児支援勉強会 3L-CERPs (予定)



◆ 課題解決型高度医療人材養成プログラム 「ITを活用した小児周産期の高度医療人養成」 ◆

<募集要項>

University of Tsukuba

1. 共催 つくば母乳育児支援の会
筑波大学附属病院総合周産期母子医療センター，同バースセンター
2. 期日 平成30年2月3日(土) 13時00分～16時20分(講習時間：3時間00分)
3. 会場 筑波大学医学臨床講義室C
茨城県つくば市天王台1-1-1
4. 内容 **【母乳育児支援の基礎編】**
 - i) 赤ちゃんの食事を始めよう！～母乳や粉ミルクから家庭の食事へ～
講師：山口 直人(小児科医, IBCLC)
60分(13:00～14:00)
 - ii) 母体合併症と母乳育児
講師：田中 奈美(産婦人科医, IBCLC)
60分(14:10～15:10)
 - iii) 母乳だけで体重が増えない赤ちゃんへの援助
講師：山口 直人(小児科医, IBCLC)
60分(15:20～16:20)
5. 定員 100名
6. 受講資格 医師，看護師，助産師 等医療従事者／ 保健師，保育士，薬剤師，
栄養士 等医療関係者／ 学生，IBCLC
* 授乳中の方へ・・・同伴での受講など柔軟に対応いたしますので，次頁に記載の成育支援室までお気軽に御相談ください。
* 茨城県内在勤者を対象と致しますが，会場の受け入れ限度まで県外在勤者も受け付けます。
7. 参加費 県内在勤者 1,000円，県外在勤者 2,000円
8. 申込方法 別紙申込書にご記入の上，下記宛にメールまたはFAXにて送信してください。

e-mail : ppsupport@un.tsukuba.ac.jp

FAX 番号 : 029 (853) 8819 筑波大学附属病院 成育支援室

9. 申込期間 【1次】平成30年1月4日（木）～1月18日（木）17時

- * 1次申込期間は、茨城県内在勤の方を優先とさせていただきます。
- * 定員超過の場合、選考により受講者を決定させていただきます。
- * お申込みを頂いた方へは、1月19日（金）以降にお返事を差し上げる予定です。1月25日（木）を過ぎても連絡が無い場合には、お手数ですが下記「成育支援室」までお問い合わせください。

【2次】平成30年1月19日（金）～1月31日（水）17時

- * お申込みを頂いた方へは、随時お返事を差し上げる予定です。
- * 可能な範囲で申込期間後及び当日の参加も受け付けます。

10. 問合せ先 国立大学法人 筑波大学附属病院 小児総合医療センター 成育支援室

〒305-8576 茨城県つくば市天久保 2-1-1

TEL 029(853)3785（月～金 8:30～17:15 祝日は除く） FAX 029(853)8819

E-mail ppsupport@un.tsukuba.ac.jp

11. お子様の同伴

お子様同伴での聴講用に会場内前方にスペースを準備いたします。ご希望の際には申込書にその旨お書き添えください。

12. その他 ①主催者の権利について

セミナーの記録及びセミナー期間中に主催者が撮影した動画及び静止画について、その権利はすべて主催者に帰属することとします。

②個人情報の取り扱いについて

本セミナー申込書に記載いただきます個人情報につきましては、セミナーに係る諸連絡、ラクテーション・コンサルタント資格試験国際評議会（IBLCE）の単位認定資料、文部科学省大学改革推進等補助金 課題解決型高度医療人材養成プログラムの資料（個人を特定できない統計資料）として使用させていただきます。また、事業の記録として当院の情報誌や記念誌等へ掲載させていただくこともあります。なお、その他の個人情報につきましては、法令で定める場合を除き御本人の同意を得ることなく第三者に提供いたしません。

③継続教育単位（CERP）について

本セミナーは International Board of Lactation Consultant Examiners®（ラクテーション・コンサルタント資格試験国際評議会）に継続教育単位（CERP）を申請します。

セミナー開催責任者 齋藤 誠

（筑波大学医学医療系小児科, IBCLC）

第16回 つくば母乳育児支援勉強会 (2018.2.3)

< 申 込 書 >

平成 年 月 日

*は必須項目

| | | | |
|-------------------------|--|-----------|------|
| *氏 名 | ふりがな | 性別 | 年齢 |
| | | | 歳 |
| | *英表記（修了証に記載します） | | |
| *職 種 | <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 産婦人科医師 <input type="checkbox"/> 小児科医師 <input type="checkbox"/> 新生児科医師 <input type="checkbox"/> 教員（保助看教育） <input type="checkbox"/> 看護大学院生 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> IBCLC <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | 経験年数 |
| | | | 年 |
| *勤務先名称 | (都・道・府・県) | | |
| *連絡先 (□勤務先) (□自宅) | 〒 都道 市町 | | |
| | 府県 村 | | |
| | TEL. FAX. | | |
| 個人の E-mail | | | |
| 聴講用スペース 使用希望 | 無 ・ 有 ⇒ | お子様の年齢・人数 | |
| 自由記載欄 | | | |