

平成 30 年度高知県医師会かかりつけ医等アルコール依存症  
対応力向上研修会開催要領

1. 日時及び場所

日 時：平成 31 年 1 月 24 日(木)19:00～20:30

会 場：総合あんしんセンター 3 階「中会議室」  
(高知市丸ノ内 1 丁目 7 番 45 号 TEL088-824-8366)

定 員：50 名程度

2. 講 演

演 題：「アルコール依存症の診察上の問題点」

講 師： 医療法人共生会 下司病院  
院長 山本 道也 先生

3. 単 位 日 医 生 涯 教 育 講 座 1.5 単 位 (CC : 7)

4. 対 象 医師会会員、医療関係者、ケースワーカー等

5. 参加申込 申込書に施設名、氏名、職種を記載のうえ、高知県  
医師会事務局へ F A X またはメールにて申込。当日  
参加可。参加無料。

6. 問合せ先 高知市丸ノ内 1 丁目 7 番 45 号  
総合あんしんセンター 4 階  
高知県医師会事務局 担当：山下・中澤  
TEL088-824-8366 FAX088-824-5705  
mail : s-yamashita@kochi.med.or.jp

平成 年 月 日

高知県医師会事務局 行  
(FAX088-824-5705)

平成30年度高知県医師会かかりつけ医等アルコール依存症  
対応力向上研修会参加申込書

※ 枠内にご記入及び○で囲んで下さい。

所属医師会	高知市・安芸郡・香美郡・土長郡・吾川郡・高岡郡・幡多・高知大学 医師会
施設名	
施設住所	〒 ー 市・郡 町 丁目 番地 号
連絡先	TEL ー ー
職種	医師・看護師・教諭・その他( )
氏名	フリガナ( )
生年月日	T・S・H 年 月 日(満 歳)
主な診療科目	※医師のみ記入

※ 申し込み締め切り 1月18日(金)

《問い合わせ先》  
高知市丸ノ内1丁目7番45号  
総合あんしんセンター4階  
高知県医師会事務局 担当：山下・中澤  
TEL088-824-8366 FAX088-824-5705  
mail: s-yamashita@kochi.med.or.jp