

静県薬第 634 号  
令和5年12月15日

各地域薬剤師会会长 様

公益社団法人静岡県薬剤師会  
会長 岡田国一

### 「2023年度静岡県がん医療地域連携交流会」の開催案内の送付について

標題の件について、静岡県立静岡がんセンターから別添写（2023年12月11日付けが病第75号）のとおり通知がありましたのでご案内申し上げます。

つきましては、貴会会員へのご周知方お願い申し上げます。

なお、申込方法につきましては、令和6年1月19日（金）までに静岡がんセンターまで直接お申し込みされますよう、併せてご周知願います。

[2023年度静岡県がん医療地域連携交流会]

日 時 令和6年2月15日（木）午後7時～午後9時  
会 場 プラサヴェルデ コンベンションホールA

担当：静岡県薬剤師会事務局業務スタッフ；山澤  
電話：054-203-2023／FAX：054-203-2028  
E-mail：michiyo@shizuyaku.or.jp



が病 第 75 号  
2023 年 12 月 11 日

公益社団法人 静岡県薬剤師会会長 様

静岡県立静岡がんセンター  
病院長 小野 裕之

「2023 年度静岡県がん医療地域連携交流会」の開催案内の送付について

時下ますます御清祥のこととお慶び申し上げます。  
平素は格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、静岡県がん医療地域連携交流会は、ここ数年新型コロナ感染拡大の影響から Web 開催や規模を縮小しての開催といたしておりました。  
本年度は新型コロナウィルス感染症法の位置づけが 5 類へ移行となったことから、コロナ前に近い形で開催することといたしました。

今回は「がんを上手に治す」という当院の基本理念に立ち返り、当院からの情報発信と部署紹介、皆様との交流を中心に行います。

ご多忙中と存じますが、ぜひご参加いただき、当院スタッフとお顔合わせいただけますようご案内申し上げます。

また、傘下会員の皆様に対する、ご周知方よろしくお願ひいたします。

お申込みにつきましては、FAX または e-mail にてお願ひいたします。

(別紙裏面の申込書をご利用ください)

準備の都合上 2023 年 1 月 19 日までにお知らせください。

なお、感染予防のため、参加人数を調整させていただくことがありますのでご理解の程お願い申し上げます。

敬具

記

1. 開催期日 : 2023 年 2 月 15 日 (木) 19:00~21:00 (受付開始 18:15)
2. 場 所 : プラサ ヴェルデ コンベンションホール A

静岡県薬剤師会  
5.12.13  
906  
受付

2023年度

# 静岡県がん医療地域連携交流会

主催: 静岡県立静岡がんセンター



## がんを上手に 治す！

2024年 2月15日(木) 19:00~21:00  
プラサ ヴェルテ コンベンションホールA

参加  
無料

### プログラム

18:15 受付開始

19:00 講演

◆大腸がん手術の最新治療 大腸外科部長 塩見 明生

◆難治性がん疼痛へのアプローチ 神経ブロック療法

緩和医療科部長 佐藤 哲観

◆チームアプローチで実現するがん疼痛の看護ケア

がん看護専門看護師 萩谷 翔太

20:00 交流会 20:00~21:00 (軽食をご用意いたします。)

\*当院の医師が多数出席します。この機会に是非交流をお願い致します。

対象 ➤ 医療・介護従事者

お申し込みはFAXまたはメールで! ➤ 裏面をご参照ください

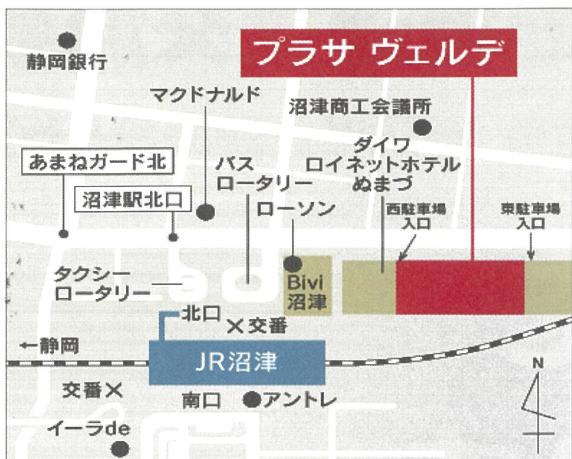
本会は日本医師会生涯教育制度1単位を取得できます。CC (カリキュラムコード) 「9」「81」が認定されます。お申し込みの際に医籍登録番号をご記載ください。



後援: 静岡県医師会、静岡県訪問看護ステーション協議会

お問合せ: 静岡県立静岡がんセンター 地域医療連携室TEL: 055-989-5222 (小笠原、林)

## 会 場 の ご 案 内



### 沼津 Plaza Verde

(ふじのくに千本松フォーラム)

#### 1階 コンベンションホール A

〒410-0801 沼津市大手町 1-1-4

TEL : 055-920-4100

駐車場 有料 (自己負担)

プラサ ヴェルデ利用者

8:00~23:00 50円/30分

※駐車券を会場までお持ちください。

»»お申し込み方法は2通り

FAXで  
お申し込み

下の申込み用紙に必要事項をご記入のうえ、FAX送信してください。

FAX : 055-989-5623

メールで  
お申し込み

下の申込み用紙に記載されている内容を入力のうえ、メールで送信してください。

E-mail : chiikirenkei@scchr.jp

申込み締め切り : 2024年1月19日(金)

施設名 (団体名)				
ふりがな お名前	医師の方は医籍登録番号をご記載ください。( ) ※医師会生涯教育講習会参加登録に使用します。			
部署名		役職名		
職種	医師 その他( )	看護師	薬剤師	介護福祉士 ( )
住所	〒			
電話番号		FAX番号		
交流会の ご参加	( ) 参加		( ) 不参加	
			( ) 未定	

#### ◆ 個人情報の保護について ◆

参加申込書にご記入いただいた情報は、本勉強会の実施に際し必要な連絡や参加者名簿を作成するための情報として利用し、その他の目的には利用致しません。