

神奈川県嚥下機能評価研修セミナー

本セミナーは、平成26年度 診療報酬改定に新設された胃瘻造設時嚥下機能評価加算(2500点)を算定する際に、嚥下機能評価実施医に必要とされる研修要件を満たしたものです。研修終了時に修了証が発行されます。評価実施医が所定の研修を修了していない場合は、上記の加算が認められません。

一度受講すれば認定資格の有効期限は無く、神奈川県以外でも、どこの施設でも有効です。

日時：2015年6月28日(日) 9:00～16:40

会場：神奈川県総合医療会館 横浜市中区富士見町3-1

市営地下鉄「伊勢佐木長者町」下車4番出口より徒歩2分

対象：医師限定

定員：180名



参加費：実技演習あり：1万5千円

実技演習なし：1万円

★なお喉頭ファイバースコープ(喉頭内視鏡)あるいは内視鏡嚥下機能検査の診療経験を5年以上有している場合には、内視鏡検査の実技演習は免除されます。

★76ページのテキストが配布され、研修終了後に受講証が交付されます。

主催：神奈川県消化器病医学会

日本耳鼻咽喉科学会神奈川県地方部会

銀行振込先：神奈川県医師信用金組合 本店

口座：普通預金 口座番号：0965503

口座名：神奈川県嚥下機能評価研修セミナー

★個人名での振込でお願いいたします。

申し込みFAX:045-241-1464

お名前:

施設名:

科名:

卒業年度:

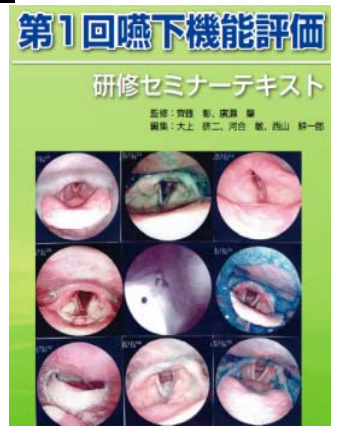
TEL:

FAX:

メールアドレス:

@

実技演習:あり・なし



経歴書

(記入日 : 年 月 日)

氏名	
所属医療機関・科	

職歴 (医師免許取得後の主な職歴を下記に記載してください)

年・月 (西暦)	勤務先 (医療機関名・診療科)

喉頭ファイバースコープ又は内視鏡下嚥下機能検査の施行実績を、上記の職歴と関連づけて記載してください

(例：平成 24 年度 ○○病院において嚥下内視鏡検査 25 例施行など)

上記申告内容に相違ありません。

署名 _____ (印)

※喉頭ファイバースコープ又は内視鏡下嚥下機能検査を診療として実施している経験を 5 年以上有しており、嚥下内視鏡検査の演習免除を希望する者は上記を記入し、研修会参加申込書とともに FAX 送信してください。

耳鼻咽喉科専門医は学術集会参加票を当日提出することで、経歴書の送付は不要です。