

令和7年 **10月5日** 日 13:15~15:30

福井大学医学部附属病院
卒後臨床研修センター 白翁会ホール

〒910-1193
吉田郡永平寺町松岡下合月23-3
TEL.0776-61-3111

定員 100名(会員:50名、一般:50名)

プログラム

**参加費
無料**

12:00~13:15 **受付**

13:15~13:20 **開会のご挨拶**

医糖会会長 小林 秀己 氏

13:20~14:00 **《特別講演》**

**「糖尿病のない人と同じ日常を送る
～上手な糖尿病の付き合い方～」**

◎講師: 福井大学医学部附属病院 内分泌・代謝内科 教授

原田 範雄 先生



14:00~14:20 **《講演》「私なりの1型糖尿病との付き合い方」**

◎高浜町国民健康保険和田診療所 医師

細川 知江子 先生

14:20~14:35 **休憩・展示** (ウォークラリー紹介ポスター展示)

14:35~14:50 **《ダンス》「フラダンスパフォーマンス」**

◎出演者: **オハナフラマリーノ**

14:50~15:10 **《体操》「身体と心リフレッシュ椅子ヨガ」**

◎さくら通り整形外科クリニック 理学療法士

久保田 真弓 先生

15:10~15:25 **糖尿病クイズ**

15:25~15:30 **閉会のご挨拶**

福井県糖尿病協会 会長 笈田 耕治

「糖尿病と歩む幸せな人生のために」

糖尿病オータムフェス
in 福井

第38回福井県糖尿病協会交流会

お申し込み方法

一般の方

郵便番号、住所、氏名、年齢、電話番号を明記し、はがき、FAXまたはEメールでお申し込みください。追って聴講券を発送します。

◎締め切り: **9月16日(火)** (定員になり次第締め切ります)

〒910-0001 福井県福井市大願寺3丁目4番10号

(一社) 福井県医師会「糖尿病オータムフェス」係

TEL.0776-24-0387 / FAX.0776-21-6641

E-mail: kenisikai@fukui.med.or.jp

※お申し込みの個人情報は「聴講券」の発送目的のみ使用します。

協会会員の方

ご所属の会を通じてお申し込みください。

※福井大学医学部附属病院の駐車料金は各自でご負担ください。(第2外来駐車場をご利用ください。)

主催: 福井県糖尿病協会 (担当: 福井大学医学部附属病院 医糖会) 共催: 福井県医師会 福井県糖尿病対策推進会議

令和7年**10月5日** 日 13:15～15:30

福井大学医学部附属病院
卒後臨床研修センター 白翁会ホール

〒910-1193
吉田郡永平寺町松岡下合月23-3
TEL.0776-61-3111

定員 100名(会員:50名、一般:50名)

プログラム

12:00～13:15 受付

13:15～13:20 開会のご挨拶

医糖会会長 小林 秀己 氏

13:20～14:00 《特別講演》

**「糖尿病のない人と同じ日常を送る
～上手な糖尿病のつきあい方～」**

◎講師: 福井大学医学部附属病院 内分泌・代謝内科 教授
原田 範雄 先生



14:00～14:20 《講演》「私なりの1型糖尿病とのつきあい方」

◎高浜町国民健康保険和田診療所 医師 **細川 知江子 先生**

14:20～14:35 休憩・展示 (ウォークラリー紹介ポスター展示)

14:35～14:50 《ダンス》「フラダンスパフォーマンス」

◎出演者: オハナフラマリーノ

14:50～15:10 《体操》「身体と心リフレッシュ椅子ヨガ」

◎さくら通り整形外科クリニック 理学療法士 **久保田 真弓 先生**

15:10～15:25 糖尿病クイズ

15:25～15:30 閉会のご挨拶

福井県糖尿病協会 会長 笈田 耕治

※福井大学医学部附属病院の駐車料金は各自でご負担ください。(第2外来駐車場をご利用ください。)

**参加費
無料**

第38回福井県糖尿病協会交流会

福井
糖尿病オータムフェス

糖尿病と歩む幸せな人生のために



第38回福井県糖尿病協会交流会 参加申込書 (会員用)

御所属の各支部担当者にお渡しください

締め切り:9月16日 火 (定員になり次第締め切ります)

各分会担当者の方へ: 事務局への締め切りは9月16日(火)必着です。ぎりぎりの日程ですので、締切以後の変更をお受けできない場合があります。
一括して下記事務局までお届けください。

事務局/〒910-0003 福井市松本4丁目5-10 福井中央クリニック内 福井県糖尿病協会 笈田 耕治 宛

◎10月5日(日)の第38回福井県糖尿病協会交流会に参加します

お名前	同伴者 ☐ あり(本人以外 名) ☐ なし		
支部名 (病院名)			
お電話番号 ※連絡が必要な時のみに 使用しますので できれば御記入願います。	【ご自宅】	【携帯】	

もう一度記入漏れがないようご確認の上ご提出ください。