

令和5年度 難病相談・支援センター事業における講師派遣事業実施要領

【目的】

地域社会において難病に対する理解を深めることを目的とした啓発事業の一環として、特に将来、難病患者と身近に接する医療・福祉系教育を受けている学生及び研修医等を対象に実施する。

また、難病患者・家族などを講師とした具体的な療養体験に基づく講演を実施することにより、一層の難病理解と啓発を推進する。

【実施主体】

しまね難病相談支援センター （*島根県からの受託）

【対象者】

県内の医療・福祉系教育機関の学生等

【実施期間】

令和5年4月1日～令和6年3月末日 （原則、年末年始を除く平日）

*事業利用を希望する機関と、日程時間等の調整をさせていただきます。

【実施場所】

原則、事業利用する機関に出向いて実施

【内容及び講師等】

構成内容	講師等	時間
難病対策の概要、難病相談支援センターの取り組み	しまね難病相談支援センター職員	15分
難病の療養体験を通して思うこと、伝えたいこと	難病で療養中の患者さん	30分
質疑等、アンケート		15分

【その他】

- ・日時、内容等の要望にできるだけ応じるため、事前の打ち合わせをさせていただきます。
- ・新型コロナウイルス感染症の拡大状況によっては、急に中止や延期する場合があります。

【申込み方法】

別紙「講師派遣事業申込書」に必要事項を記入のうえ、開催希望日の40日前までに電話、FAXまたはメール等で申し込む。

申込み先・問い合わせ先

しまね難病相談支援センター （出雲市塩冶町223-7） 担当：今若

[TEL:0853-24-8510](tel:0853-24-8510) FAX:0853-22-9353

E-mail: y_imawaka@hsc-shimane.jp

令和5年度 難病にかかる講師派遣事業 申込書

機関名 _____
 (住所 _____)

担当者氏名 _____

連絡先 _____

下記のとおり講師派遣事業を申し込みます。

希 望 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) *候補日が数日あればすべて記入 (_____)
希 望 時 間	_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 (_____) 分間
対 象 者	(_____) 名 *詳細 (_____) 学部・学科 (_____) 年生
内容について特記 事項があれば記入	*内容に追加してほしいことなど
備 考	

申込み先・問い合わせ先

しまね難病相談支援センター (出雲市塩冶町223-7) 担当: 今若

[TEL:0853-24-8510](tel:0853-24-8510)

[FAX:0853-22-9353](tel:0853-22-9353)

E-mail: y_imawaka@hsc-shimane.jp