

平成 24 年 9 月吉日
神奈川県糖尿病協会
会長 半田みち子

神奈川県糖尿病協会指導医会開催のお知らせ

残暑が続いておりますが、皆様方におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。
以前にもお知らせいたしましたように、この度第 5 回目の指導医会を開催するはこびとなりました。神奈川県内の、糖尿病を専門とする医師同士の懇親と情報交換を目的とする他、糖尿病協会の今後の行事予定などについても話し合いたいと思います。10 月 28 日、ウォークラリーと同時に行いますので、よろしかったら貴施設の患者様をウォークラリーにお連れになりながらご参加下さいますよう、お願い申し上げます。

記

日時：平成 24 年 10 月 28 日（日） 12：00～13：30 （但し、雨天の場合は中止といたします）

ウォークラリーは 10：30～14：30 同日開催

場所：『よこはま動物園ズーラシア』

横浜市旭区上白根町1175-1（TEL 045-959-1000）

交通①バス：各駅から約 15 分

JR横浜線・横浜市営地下鉄「中山」駅南口乗場1番「よこはま動物園」行き

相鉄線「鶴ヶ峰」駅北口乗場9番「よこはま動物園」行き

相鉄線「三ツ境」駅北口乗場2番「よこはま動物園」行き

②車：保土ヶ谷バイパス下川井LCより約 5 分駐車場あり：有料（1,000円）

ウォークラリーご参加の方は、次頁ウォークラリーのご案内も是非ご覧ください。

指導医会のみ参加でも結構です。その場合の集合場所等につきましては後ほどご連絡させていただきます。

指導医の方には昼食をご用意させていただきます。

準備の都合上、出欠のお返事を **10月10日までに FAX（3 頁目）**でお送りいただくかメールにご返信お願いします。

井田病院内科 半田みち子

TEL：044-766-2188

FAX：044-788-0231

メールアドレス：handa-m@city.kawasaki.jp

第17回ウォークラリー開催のお知らせ

仲夏の候、会員の皆様方におかれましては、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、毎年恒例となっておりますウォークラリーでございますが、今回は場所を『よこはま動物園ズーラシア』において下記の日程で開催を予定しております。貴患者会においても、参加者にお声をかけて頂き、期日までにお申し込み頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

日時：平成24年10月28日（日）10：30～14：30

（但し、雨天の場合は中止といたします）

場所：『よこはま動物園ズーラシア』

横浜市旭区上白根町1175-1（TEL 045-959-1000）

交通①バス：各駅から約15分

JR横浜線・横浜市営地下鉄「中山」駅南口乗場1番「よこはま動物園」行き

相鉄線「鶴ヶ峰」駅北口乗場9番「よこはま動物園」行き

相鉄線「三ツ境」駅北口乗場2番「よこはま動物園」行き

②車：保土ヶ谷バイパス下川井I.Cより約5分駐車場あり：有料（1,000円）

集合時間午前10時30分（時間に遅れますと入園料が個人負担になります）

集合場所入園口前（入口正面）

※ 当日朝、患者会責任者は参加人数をチェックして下さい。

※ 協会スタッフより参加バッチ、資料等をお受け取り下さい。

※ 当日、受付時にお1人保険料金¥200（傷害保険と賠償責任保険）を徴収させていただきます。手続きは協会側で行います。

参加人数参加人数に制限はありません。会員以外の方でもふるってご参加下さい。

参加費用参加費は無料です。但し、現地までの交通費・保険料¥200は自己負担になります。

昼食各自お弁当持参（水筒、ビニール敷物等用意されると便利です）

引率スタッフ各患者会責任者

その他万歩計、カロリーカウンターをお持ちの方はご持参下さい。

注意事項※参加にあたっては各自、主治医に相談して必ず了解を得て下さい。

（特に心臓疾患を治療中の方はどのくらい歩けるか等）

※入園申込みに、大人（18歳以上）、中人（高校生）、小人（小中校生）の区別が必要なので、必ず年齢を明記の上、お申込み下さい。

※ご提供頂きました情報は、ウォークラリーの開催目的にのみ使用させていただきます。（受付及び保険加入等）

参加申込締切所定の用紙に参加者名をご記入のうえ、平成24年10月22日(月)までに参加申込先（ノボノルディスクファーマ(株)横浜オフィス）にFAXまたは郵送にてお申し込み下さい。

問合せ先ノボノルディスクファーマ（株）横浜オフィス

TEL 045-474-0361/FAX 045-474-0347

指導医会出欠：FAX 返信用紙

指導医の先生方へ

指導医会の出欠につき、お手数ですが以下の表に記入し、半田まで FAX お願いします。

井田病院半田みち子 FAX:044-788-0231 (締切：平成 24 年 10 月 10 日)

ご芳名	
ご施設名	
メールアドレス	
ウオークラリー	ご出席 ご欠席 (いずれかに○)
指導医会	ご出席 ご欠席 (いずれかに○)
今後の指導医会のお知らせ	要 不要 (いずれかに○)

お願い：経費節約のため指導医会の連絡は、今後メールにて行いたいと思います。メールアドレスをお持ちの先生は、どうかメールアドレスをお知らせください。お知らせいただいたアドレスは、指導医会関連のご連絡以外に使用しませんし、他人に教えることはありません。

メールアドレスをお持ちでなく、今後のお知らせが必要な先生には今後も郵送にてご案内させていただきますので、その旨記載をお願いします。

今後の指導医会のお知らせが不要な先生は、メールアドレスを記載せず、ご芳名とお知らせ不要に○をつけて FAX お願いします。

何卒宜しくお願い申し上げます。

井田病院内科 半田みち子

TEL：044-766-2188

FAX：044-788-0231

メールアドレス：handa-m@city.kawasaki.jp