

千葉県がん患者大集合2010

～「がんになってよかった!」と思ひ込む?～

がん医療の現実と理想

日 時：2010年9月5日(日) 12時～17時

会 場：京葉銀行文化プラザ 3階音楽ホール(裏面地図をご覧ください)

千葉市中央区富士見町1丁目3-2 JR千葉駅から徒歩3分

申込方法：定員600名(裏面の申込方法をご覧ください。)※先着順になります。

問合せ先：043-309-7571(千葉県オストミー協会)

プログラム

入場無料

開場 11:30

■特別セミナー：「重粒子線がん治療」

独立行政法人 重粒子医科学センター長

鎌田 正

■がん難民を作らない地域医療連携とは？(会場参加型シンポジウム)

ファシリテーター：いいなステーション代表

和田ちひろ

Session1:

「がんになってよかった!」と思ひ込む?

脳外科・緩和ケア医が多重がんを生きて
胸腺がんと歩む青年医師

富田 伸
窪田 伸矢

Session2:

「4年目を迎えたがん対策 全国状況」

がん政策情報センター長

埴岡 健一

Session3:

「がん患者意識調査の結果報告」

千葉県健康づくり支援課長

山崎晋一郎

Session4:

「患者中心の地域チーム医療を目指して」

千葉県がんセンター地域連携室長

浜野 公明

Session5:

「安心して地域に戻ろう」

コスモスクリニック院長
コスモスクリニック看護師

押田 恵子
石井 典江

Session6:

「地域における薬剤師の取り組み」

千葉県薬剤師会副会長

眞鍋 知史

Session7:

ギター弾き語り：「喜びの歌」「きみに読む物語」 他

シンガーソングライター

松尾 貴臣



2010年ゆめ半島千葉国体・ゆめ半島千葉大会マスコットキャラクターチーバくん

主催：千葉県がん患者大集合2010実行委員会

実行委員会構成団体：千葉県がん患者団体連絡協議会、アイビー千葉、支えあう会「α」、ねむの会、放医研患者友の会、千葉県オストミー協会、千葉県オストミー協会、NPO法人パンキャンジャパン、千葉肝臓友の会、菜の花会、京葉喉友会、ヒマラヤ杉の会、共催：千葉県、千葉市、千葉県医師会、千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県がん診療連携拠点病院連絡協議会、ちば県民保健予防財団、千葉ヘルス財団、NPO法人医療・福祉ネットワーク千葉、千葉県医療社会事業協会

後援：船橋市、柏市、千葉県訪問看護ステーション連絡協議会、千葉県介護福祉士会、千葉県社会福祉協議会、千葉県社会福祉士会、千葉県介護支援専門員協議会、千葉大学福祉環境交流センター、(財)日本対がん協会、日本乳癌学会、日本製薬工業協会、NPO法人日本緩和医療学会、日本放送協会千葉放送局、朝日新聞社千葉総局、読売新聞東京本社千葉支局、毎日新聞社千葉支局、共同通信社千葉支局、産経新聞社千葉総局、東京新聞社千葉支局、(株)千葉日報社、日本経済新聞社千葉支局、チバテレビ



京葉銀行文化プラザ
 千葉市中央区富士見 1 丁目 3-2
 TEL : 043-202-0800 (代)
 FAX : 043-202-1742

◇電車＝JR千葉駅から徒歩3分◇モノレール＝千葉都市モノレール千葉駅又は栄町駅から徒歩3分
 ◇車で来場される場合は有料となります(1時間400円、以後30分毎に200円)
 ※駐車場の数は、限りがございます(満車の場合はお近くの有料駐車場を御利用ください)

申し込み方法	参加者氏名、郵便番号、住所、参加人数、電話番号等、参加者区分を記入の上、web サイトまたは往復はがき、FAX で下記連絡先にお申し込みください。 千葉県がん患者団体連絡協議会の URL は http://www.chiba-gan.net/ 後日参加受付票をお送りいたします。		
申込締切	2010年8月20日		
申し込み先	往復はがき	〒260-0026 千葉市中央区千葉港 4-3 千葉県社会福祉センター 3F 千葉県オストミー協会 千葉県がん患者大集合 2010 実行委員会あて	
	FAX	下記参加申込書に必要事項を記入してお送りください (047-450-6594)	
	E-mail	info@chiba-gan.net 千葉県がん患者大集合 2010 実行委員会あて	

※ご記入いただいた個人情報は千葉県がん患者大集合 2010 以外での目的に使用することはいたしません。

ご寄付のお願い

千葉県がん患者大集合 2010 は、皆様からの協賛金や寄付金によって運営されております。会の運営にご協力いただける方は、下記口座にご入金いただきますようお願い申し上げます。

千葉銀行 勝田台支店 普通 口座番号 3593644
 口座名義 千葉県がん患者大集合 2010 齋藤とし子

参加申込書

FAX : 047-450-6594

黒ペンで濃く書いてください

お名前	参加人数		名
ご住所			
電話	FAX		
参加者区分(※)	1. がん患者(体験者) 2. がん患者家族 3. 医療関係者 4. 福祉関係者 5. 行政関係者 6. 報道関係者 7. その他 ()		

※ 参加者は該当する番号に○印をつけてください(複数回答可)

FAX