

炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎 クローン病）について

令和7年

2月8日(土)

定員

60名程度

13:30~15:30
(13:00~受付開始)

先着順



福島市保健福祉センター
5階大会議室
(福島市森合町10番1号)

対象

潰瘍性大腸炎・クローン病の
患者さんやそのご家族



申込方法

オンライン申請または
電話・FAX

令和7年 1月 27日(月) 申込〆切

オンライン申請は
こちらから



内容

- ① 講話 炎症性腸疾患について理解を深めよう
～病気と上手に付き合うために～
講師 公立大学法人 福島県立医科大学 医学部
消化器内科学講座 鬼澤 道夫 先生
- ② 情報提供 IBDふくしまの活動について
福島産業保健総合支援センター
- ③ 交流会

お申込み
お問合せ

県北保健福祉事務所 健康増進課
〒960-8012 福島市御山町8番30号
TEL 024-534-4161
FAX 024-534-4105

難病医療相談会(潰瘍性大腸炎・クローン病) 申込書

(申込締切：令和7年1月27日(月)まで)

FAXの送付先
 県北保健福祉事務所 健康増進課 行
 FAX：024-534-4105

- ★FAXでお申込⇒ご記入の上、この面を送信してください。
- ★電話でお申込⇒下記の内容をお伝えください。

| (フリガナ) 氏名 | お立場 | 連絡先 |
|-----------|---|-----|
| () | <input type="checkbox"/> 患者さん本人 <input type="checkbox"/> 患者さんのご家族 (続柄:) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| () | <input type="checkbox"/> 患者さん本人 <input type="checkbox"/> 患者さんのご家族 (続柄:) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| () | <input type="checkbox"/> 患者さん本人 <input type="checkbox"/> 患者さんのご家族 (続柄:) <input type="checkbox"/> その他 () | |

| | | |
|--|------|--|
| 患者さんの情報を ご記入ください | ご病名 | |
| | 生年月日 | |
| 講師への質問や、 他の参加者とお話したいことなど があれば、ご記入ください。 | | |



◆交通アクセス◆

【バスの場合】
 福島駅より市内循環(ももりんバス)1・2コース
 「保健福祉センター前」にて下車

【お車の場合】
 福島市保健福祉センター駐車場をご利用ください。

★申し込みは県北保健福祉事務所ですが、
 場所は福島市保健福祉センターとなりますので
ご注意ください！！

※いただいた個人情報は、難病医療相談会でのみ使用します。