

7福薬業発第334号
令和7年12月17日

各地区薬剤師会会长 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行

福岡県アレルギー講習会の実施について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記講習会につきまして、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より別添のとおり案内がありましたのでお知らせいたします。

福岡県では、「アレルギー疾患医療拠点病院」と連携し、情報提供や相談体制の充実、医療提供体制の整備や医療従事者等の人材育成などに取り組んでおり、今年度も医療従事者を対象とした講習会が3回開催されます。

ご多忙とは存じますが、第3回講習会開催について、貴会会員へご周知いただきますようお願い申し上げます。

公印省略

7 疾病第3270号

令和7年12月11日

公益社団法人福岡県薬剤師会長 殿

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課長
(疾 病 対 策 係)

福岡県アレルギー講習会の実施について（依頼）

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、平素から格別の御理解・御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、アレルギー疾患対策を総合的に推進するため、独立行政法人国立病院機構福岡病院を県の「アレルギー疾患医療拠点病院」として指定し、情報提供や相談体制の充実、医療提供体制の整備や医療従事者等の人材育成などに取り組んでいます。

今年度は、医療従事者等を対象とした講習会を3回開催することとしており、第3回講習会が下記のとおり開催されますので、貴会会員への周知につきまして御協力いただきまますようお願いします。

記

日 時：令和8年2月11日（祝・水）12：30～16：30（12：00開場）

場 所：パークサイドビル（福岡県北九州市小倉北区堺町1-6-13）

内 容：別添チラシのとおり

定 員：100名（定員となり次第締切とさせていただきます）

受講料：1000円

申込方法：別添チラシのQRコードからお申し込みください（12月25日から受付開始）

そ の 他：詳細は福岡病院アレルギーセンターホームページ（<https://fukuoka-allergy.jp/>）
をご確認いただきますようお願いします。

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 疾病対策係 川崎

〒812-8577 福岡県福岡市博多区東公園7番7号

TEL : 092-643-3576 FAX : 092-643-3331

令和7年度第3回福岡県アレルギー講習会

対象：アレルギー疾患診療・療養指導に従事する医療従事者及び市区町村担当者、保健所等の保健指導従事者（医師、薬剤師、看護師、助産師、栄養士、保健師等）

2026年2月11日(祝・水) 会場開催（要予約）

12:30～16:30(12:00開場)

場所：パークサイドビル

〒802-0005 福岡県北九州市小倉北区堺町1-6-13

参加費 1000円

- ※ 日本医師会生涯教育講座 単位取得可能予定です。
- ※ 本講習会では、日本アレルギー学会専門医2単位の取得可能です。
- ※ 栄養士会の単位取得可能です。

プログラム

司会 西間 三馨 先生（国立病院機構 福岡病院名誉院長）

第1部 食物アレルギーの発症メカニズムと治療と予後

沖 剛 先生（北九州市立八幡病院 小児科総合医療センター）

第2部 アトピー性皮膚炎の発症メカニズムと治療と予後

杉山 晃子 先生（国立病院機構福岡病院 アレルギー科医長
アレルギーセンター副センター長）

第3部 アレルギー性鼻炎・花粉症の発症メカニズムと治療と予後

押川 千恵 先生（国立病院機構福岡病院 耳鼻咽喉科科長）

第4部 実践エピペン講習

岡部 貴裕 先生（小倉きふね病院 アレルギー科部長）

第5部 スキンケアの実際・患者指導

松田 有加 先生
(国立病院機構福岡病院小児アレルギーエデュケーター)

申込はこちらから

* 会場参加は令和7年12月25日から下記QRコードのGoogleフォームより
事前登録ができます。定員(100名)なり次第終了致します。
詳しくはアレルギーセンターホームページをご確認ください。



お問い合わせ

国立病院機構福岡病院アレルギーセンター

〒811-1394 福岡市南区屋形原4-39-1

TEL : 092-565-5534 (内線6513)

FAX : 092-565-0702

<https://fukuoka-allergy.jp/>

主催：国立病院機構福岡病院アレルギーセンター 共催：公益財団法人日本アレルギー協会九州支部

Google フォームまたは 092-566-0194 まで FAX をお願いします。

令和 7 年度第 3 回福岡県アレルギー講習会参加 登録用紙

全て記入して下さい。

メールアドレス

お名前

御所属（勤務先名）

お住まいの地域

電話番号

職種

- ・医師
- ・看護師
- ・薬剤
- ・栄養士
- ・教育関係者（学校・幼稚園・保育園）
- ・その他

ご登録ありがとうございました。