

令和 7 年 10 月 28 日

## 第 47 回九州地区重症心身障害研究会 ご参加予定の皆様へ

令和 8 年 1 月 17 日（土）に開催予定の「第 47 回九州地区重症心身障害研究会」につきまして、開催時期に合わせて、B リーグプロバスケットボール「オールスターゲーム」が長崎市内で開催予定となっており、周辺の宿泊施設の混雑が予想されます。

つきましては、研究会への参加をご検討中の皆様におかれましては、お早めの宿泊予約をおすすめいたします。特に長崎市中心部のホテルは早期に満室となる可能性がございますので、ご留意ください。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第47回九州地区重症心身障害研究会事務局  
国立病院機構長崎病院 療育指導室 北島竜一  
TEL 095-823-2261 (代表)  
FAX 095-828-2616  
e-mail:n-jushinkenkyu@mail.hosp.go.jp

# 第47回九州地区 重症心身障害研究会

開催日時

令和8年

1月17日(土)

9:30~16:00

長崎ブリックホール



会場：ベネックス長崎ブリックホール

【特別講演1】

「重症心身障害児・者とワクチン」

森内 浩幸先生（長崎大学高度感染症研究センター センター長）

【特別講演2】

「障害者家族の視点」

矢部 福徳先生（ヤベホーム株式会社 社長）

●事前参加登録締め切り：令和7年12月19日（金）

●参加費：事前申込 2,500円

（12月20日以降～当日参加 3,000円）

長崎で待つるばい！

【主催】

独立行政法人国立病院機構 長崎病院

【共催】

社会福祉法人 聖家族会みさかえの園むつみの家

社会福祉法人 聖家族会みさかえの園あゆみの家

社会福祉法人 幸生会諫早療育センター

【事務局】

国立病院機構長崎病院 療育指導室

〒850-8523 長崎県長崎市桜木町6番41号

TEL 095-823-2261 /FAX 095-828-2616

e-mail:n-jushinkenkyu@mail.hosp.go.jp

# 第47回九州地区重症心身障害研究会 要項

## 1. 研究会概要

- (1) 開催期日 令和8年1月17日(土) 9:30~16:00 予定 (演題数により変更有)
- (2) 会 場 ベネックス長崎ブリックホール  
〒852-8104 長崎市茂里町2-38  
TEL: 095-842-2002
- (3) 特別講演 『重症心身障害児・者とワクチン』  
森内 浩幸先生(長崎大学 高度感染症研究センター センター長)  
『障害者家族の視点』  
矢部 福徳先生(ヤベホーム株式会社 社長)

## 2. 参加登録について (締切: 令和7年12月19日(金))

- (1) 参加費 事前登録 2500円 (12/20以降~当日参加 3000円)
- (2) 昼 食 弁当・お茶込 1000円(希望者のみ)※事前登録者を対象とします
- (3) 参加申込み方法
- ①下記の振込先口座に事前登録費と昼食代(希望者のみ)の合計金額を振り込んで下さい。  
【振込先銀行名】十八親和銀行 【店名】田上支店 233  
【口座番号】普通 5009413  
【口座名称】第47回九州地区重症心身障害研究会 事務局長 北島竜一  
(ダイヨンジュウナカイキュウシュウチクジュウショウシンシンショウガイケンキョウカイジムキヨクチョウキタジマリュウイチ)
- ②「参加申込書①」(別紙)…FAX、もしくはe-mailにて送信をお願い致します。  
「参加申込書②」(別紙)…FAX、もしくはe-mailにて送信をお願い致します。
- ③振込後の返金は致しませんので、ご了承下さい。

## 3. 演題募集について (締切: 令和7年10月17日(金))

- (1) 演題の募集…e-mailによる受付けのみとします。本研究会事務局宛に送信して下さい。
- (2) 演題名、施設名、発表者名、共同研究者名、職種、連絡先(電話番号、E-mailアドレス)を記入し、発表者には必ず○印をつけて下さい。
- (3) 演題募集の書式はありませんので、前述の項目を打ち込んで下さい。
- ①ソフトはMicrosoft Wordでお願い致します。
- ②必ず施設ごとに取りまとめてe-mail送信をお願い致します。

#### 4. 抄録原稿募集について(締切：令和7年10月31日(金))

- (1) 抄録原稿は、e-mailによる受付けのみとします。
- (2) 必ず施設毎にとりまとめて送信して下さい。
- (3) 本文は800字以内（1行40字×20行、MS明朝体、10ポイント）とし、図表は入れないで下さい。「目的」「方法」等の小タイトルも1行とします。詳細は「抄録書式作成方法」をご参照下さい。本文の上段に演題名、施設名、氏名、職種を記入し、発表者には○とふりがなを付けて下さい。
- 作成に使用するソフトは Microsoft Word でお願い致します。

#### 5. 研究発表について(スライド受付締切：令和7年12月19日(金))

- (1) 研究発表は、口演形式で行います。発表時間：10分（発表6分、質疑応答4分）※予定
- (2) スライドは、Microsoft Power Point 2007以降で作成して下さい。
- (3) Microsoft Power Point のファイルは、施設でまとめて送付（CD-RまたはUSB）してください。  
※スライド(パワーポイント)に関しましては、12月19日までに完成データをお願いいたします。  
できるだけ差し替えの必要がないようご協力をお願いいたします。
- (4) 提出いただきましたCD-R、USB等につきましては研究会当日にお返しします。
- (5) 発表に関しましては第3報（令和7年12月予定）にて詳細をご案内致します。

第47回九州地区重症心身障害研究会事務局  
国立病院機構長崎病院 療育指導室 北島竜一  
TEL 095-823-2261 (代表)  
FAX 095-828-2616  
e-mail:n-jushinkenkyu@mail.hosp.go.jp

## 第47回九州地区重症心身障害研究会／抄録書式・作成方法

抄録締切：令和 7 年 10 月 31 日（金）

(演題名) ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○←MSゴシック 12 ポイント

△△△△医療センター ←MS 明朝 10 ポイント  
○九州太郎 (看) 〈きゅうしゅうたろう〉  
九州次郎 九州三郎 九州四郎

### 【記載についての留意点】

- (1) 所属施設名→経営母体名を省略し、施設名のみをお書き下さい。

(2) 発表者の方には○を付け、氏名には、〈ふりがな〉をお願い致します。

(3) 職種名は発表者のみとさせていただき、下記の略称で記載をお願い致します。なお下記以外の職種の方は、事務局にお問い合わせ下さい。

(医) : 医師	(指) : 児童指導員	(地) : 地域医療連携室職員
(看) : 看護師	(保) : 保育士	(事) : 事務員
(理) : 理学療法士	(栄) : 管理栄養士	(社) : 社会福祉士
(作) : 作業療法士	(相) : 相談支援員	(検) : 臨床検査技師
(言) : 言語聴覚士	(療) : 療養介助員・療養介助専門員	(歯) : 歯科衛生士
(心) : 心理療法士	(介) : 介護福祉士	

- (4) 本文は800文字(40字×20行)以内です。小タイトルも1行に入れます。

(5) フォントは、「演題名」・「小タイトル」がMSゴシック、それ以外はすべてMS明朝体でお願いします。

(6) 抄録の原稿はMicrosoft Wordを使用しご提出下さい。※施設で取りまとめて頂きご提出下さい。

# 送信票 ①

宛先	第47回九州地区重症心身障害研究会 事務局 国立病院機構長崎病院／療育指導室 北島 竜一 e-mail n-jushinkenkyu@mail.hosp.go.jp FAX 095-828-2616
----	---

## 第47回九州地区重症心身障害研究会／参加申込書

施設名	
連絡部署	TEL ( ) FAX ( )
連絡責任者	e-mail ( )

	氏 名	職 名	演題登録	弁当要否	連絡事項
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※演題登録される方は○を、弁当要否については選択肢(○、×)を選んで下さい。

※銀行振込をした際は、別添の参加費振込報告書をメールかFAXにて送付ください。

※事前参加登録(参加費2,500円)は、令和7年12月19日(金)までとします。

## 送信票 ②

	第47回九州地区重症心身障害研究会 事務局 国立病院機構長崎病院／療育指導室 北島竜一 e-mail n-jushinkenkyu@mail.hosp.go.jp FAX 095-828-2616
宛先	振込口座:十八親和銀行 田上支店(233) 口座番号(5009413) 第47回九州地区重症心身障害研究会 事務局長 北島竜一 ダイヨンジュウナナカイキュウシユチクジュウショウシンシンショウガイケンキュウカイ ジムキヨクチヨウキタジマリュウイチ

### 第47回九州地区重症心身障害研究会／参加費振込報告書

施設名		
連絡責任者		部 署

参加費	2,500 円 ×	名 =	0 円
弁当代	1,000 円 ×	名 =	0 円
合計			0 円

振り込み者氏名 ( )

※振り込みを行った方のお名前をご記載ください

振り込み予定日 ( )

※振り込みを行う予定日(もしくは行った日)をご記載ください

■通信欄(ご要望等ありましたらお願い致します。)