

関係各位

神奈川県医師会  
在宅医療トレーニングセンター

「フレイル・サルコペニアとは～栄養介入の必要性や注目される栄養素を中心に～」  
Webセミナーの開催について

平素より本会活動につきましては、格別なご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度 Web セミナーを下記の日程で開催します。フレイルやサルコペニアについての正しい知識や栄養介入の必要性（栄養補助食品の製品の情報も含む）を学んで頂き、フレイル予防や在宅医療・福祉の現場に役立てて頂ける研修内容となっております。

つきましては貴施設からご参加を賜りたくよろしくお願い申し上げます。

記

1. 研 修 会 名：「フレイル・サルコペニアとは  
～栄養介入の必要性や注目される栄養素を中心に～」Webセミナー
2. 開 催 日：令和3年1月29日（金） 14：00～15：20
3. 講 師：株式会社大塚製薬工場 OS-1 事業部 学術担当 赤池樹里氏
4. 対 象：在宅医療に関わる医療職・福祉職
5. 定 員：先着50名  
\*必ず、お申込みを受理後に当センターから研修参加の可否をメールにてご連絡致します。  
メールがない場合は、お手数ですがご連絡下さい。また、キャンセルは必ずご連絡下さい。  
ご連絡がない場合は今後の研修をお受け頂けない場合もございますので、ご了承下さい。
6. 参 加 費：無料
7. Webセミナーに関して
  - ・参加者メールアドレスをご用意下さい。
  - ・PC、スマホ、タブレットなどで視聴いただけます。
  - ・受信機器1台につき1名でお申込ください。（視聴人数の制限はございません。）
  - ・ネット環境（通信料がかかるため、Wi-Fiや定額パケット環境での参加を強く推奨します）
8. 申込方法：申込専用フォームよりお申込みください  
\*フォームからの手続きができない場合は、メール [info@zaitaku-toresen.jp](mailto:info@zaitaku-toresen.jp)  
詳細は、別紙要領をご参照ください。  
※株式会社大塚製薬工場から参加者様方に zoom の URL 等を事前にご案内します  
※ドメイン設定されている場合は【@otsuka.jp】の受信設定をお願いします
9. 共 催：株式会社大塚製薬工場  
公益社団法人神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター

神奈川県医師会 在宅医療トレーニングセンター

担当：池田・国分・助川

TEL 045-453-8666 / FAX 045-453-8704

電子メール：[info@zaitaku-toresen.jp](mailto:info@zaitaku-toresen.jp)

ホームページ：<http://zaitaku-toresen.jp/>

- **研修会名** : 「フレイル・サルコペニアとは  
～栄養介入の必要性や注目される栄養素を中心に～」 WEB セミナー
- **開催日** : 令和3年1月29日(金) 14:00～15:20
- **ご準備いただくもの**
  - ・参加者メールアドレス
  - ・受講される端末(パソコン・タブレット・スマートフォン など)
  - ・イヤホン(任意)
  - ・ネット環境(通信料がかかるため、Wi-Fi や定額パケット環境での参加を強く推奨します。)
- **申込にあたってのご確認、留意事項**
  - ・受講される端末1台につき、1名1メールアドレスでお申込ください。  
(同じアドレスで複数名の申込は出来ません。)
  - ・セミナーの録音・録画・スクリーンショット等、および資料の2次利用、詳細内容の SNS 等への投稿は固くお断りいたします。
  - ・受講者様のPC環境(セキュリティ環境、性能(CPU等)、インターネット接続回線等)によっては、正常に受講いただけない場合があります。必ず、事前にご確認ください。

## 研修申込方法

- ◆ 申込専用フォーム(当センターホームページ、研修案内ページ内の申込フォーム)からお申し込みください。  
<http://www.zaitaku-toresen.jp/guide.html>
- ◆ 申込送信後、自動返信メールが配信されます。(申込内容確認の返信です。)  
自動返信メールが届かない場合は、
  - ・入力されたメールアドレスに間違いがないか?
  - ・迷惑メールフォルダー等に振り分けられてないか? のご確認をお願い致します。
- ◆ 申込フォームから手続きができない場合、メール [info@zaitaku-toresen.jp](mailto:info@zaitaku-toresen.jp) にて、下記事項を記載の上お申し込みください。  
**件名:** 研修会名  
**本文:** お名前(ふりがな)・所属機関名・所在市町村・電話番号・職種
- ◆ 受講可否確認  
参加の可否を後日、メールにてご連絡いたします。
- 問い合わせ先  
在宅医療トレーニングセンター TEL: 045-453-8666