

第 19 回静岡県臨床工学会

開催趣意書

テーマ

「臨床工学教育の再考と革新」

会期：令和 7 年 6 月 22 日(日)

会場：浜松医科大学医学部附属病院 臨床講義棟 (大・小)

〒431-3192 静岡県浜松市中央区半田山 1-20-1

主 催：一般社団法人静岡県臨床工学技士会

開催趣意書

謹啓 時下 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。また、日頃より一般社団法人静岡県臨床工学技士会の活動に対し、多大なるご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、一般社団法人静岡県臨床工学技士会の主催による「第 19 回静岡県臨床工学会」を令和 7 年 6 月 22 日（日）、浜松医科大学医学部附属病院 臨床講義棟（大・小）にて開催する運びとなりました。

今回のテーマは、「臨床工学教育の再考と革新」としました。臨床工学技士を取り巻く医療現場は、日々刻々と進化しております。2024 年 4 月から医師の働き方改革が開始し、タスクシフト・シェアのために雇用が拡大しています。そして、我々臨床工学技士の業務範囲も拡大し、さらに高度な医療機器への対応や技術提供、知識が求められています。一方で、我が国は少子化の影響により人口減少へ向かっており、臨床工学技士を志す学生の確保も問題となってきております。

これまでの臨床工学技士の現場教育や業務実態を多方面から見直し、従来のやり方や状況を評価しながら、新しい教育方法の導入、新しい解決策や視点を提供し、医療をより良い方向へと進めるための議論の場を提供したいと思っております。

是非とも県内施設の臨床工学技士の方々、または臨床現場を支えていただいている企業の皆様にもご参加いただき、学術研鑽の場、交流の場として、さらに革新の場となる学会にしたいと考えております。

開催に当たりまして、運営はできる限り簡素化し、経費節減を旨として参加者からの会費を主な運営費用とすべく努力を重ねてまいる所存ですが、本学会の内容を充実させ、その成果をより大なるものとするためには、是非とも開催趣旨をご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

貴社におかれましても出費ご多端のこととは存じますが、本学会の成功のためお力添えをいただきますよう、かさねてお願い申し上げます。

謹白

第 19 回静岡県臨床工学会

大会長 江間 信吾

(一般社団法人静岡県臨床工学技士会)

副会長 兼 学術委員長



事業内容の概要

1. 学会名称
第19回静岡県臨床工学会
2. 開催テーマ
臨床工学教育の再考と革新
3. 会期
令和7年6月22日（日）
4. 会場
浜松医科大学医学部附属病院 臨床講義棟（大・小）
〒431-3192 静岡県浜松市中央区半田山1-20-1 TEL：053-435-2743
5. 学会参加者
120名 予定
6. プログラム（予定）
特別講演、シンポジウム、パネルディスカッション、一般演題、共催学術セミナー等
7. 主催機関等の名称及び代表者
主催 一般社団法人静岡県臨床工学技士会
代表者 一般社団法人静岡県臨床工学技士会 会長 北本憲永
大会長 一般社団法人静岡県臨床工学技士会 副会長 兼 学術委員長
浜松医科大学医学部附属病院 医療機器管理部 江間信吾
8. 後援予定
公益社団法人日本臨床工学技士会
9. 大会事務局
浜松医科大学医学部附属病院 医療機器管理部
TEL 053-435-2899 FAX 053-435-2899
〒431-3192 静岡県浜松市中央区半田山1-20-1

「第19回静岡県臨床工学会」予算案

【収入の部】					(円)
勘定項目	内訳	単価	数量	小計	合計
参加費	正会員 前期登録	2,000	70	140,000	300,000
	正会員 後期登録	3,000	30	90,000	
	非会員 前期登録	3,000	10	30,000	
	非会員 後期登録	4,000	10	40,000	
広告宣伝費	抄録集広告	50,000	3	150,000	510,000
	裏表紙等 後付	30,000	12	360,000	
会場広告費	会場ポスター広告	50,000	5	250,000	500,000
	機器展示	50,000	5	250,000	
共催金	学術共催セミナー	150,000	2	300,000	400,000
	イブニングセミナー	100,000	1	100,000	
協賛金		10,000	5	50,000	50,000
計				1,760,000	1,760,000
【支出の部】					(円)
勘定項目	内訳	単価	数量	小計	合計
会場費	会場使用料			10,000	210,000
	設備費			100,000	
	会場設営費			100,000	
通信運搬費	案内文発送費（賛助会員）			15,000	165,000
	案内文発送費（会員）			50,000	
	抄録集発送			100,000	
印刷製本費	プログラムチラシ			50,000	615,000
	抄録集		800	520,000	
	ネームホルダー			10,000	
	参加証用紙			5,000	
	抄録送用封筒			30,000	
運営費	当日人件費（日当）	5,000	30	150,000	360,000
	当日諸費用（弁当、お茶）	1,000	40	40,000	
	粗品（依頼演者・座長）			150,000	
	BPA賞品（最優秀賞・優秀賞）			20,000	
業務委託費	事前会議費等			50,000	50,000
講師招聘費	謝礼・原稿料（税金込み）			200,000	200,000
手数料	チケット販売手数料			40,000	40,000
	振込手数料			5,000	5,000
講師招聘費	講演 2名交通費			50,000	50,000
その他	雑費			65,000	65,000
計				1,760,000	1,760,000

【収支】 収入 - 支出 = 1,760,000円 - 1,760,000円 = 0円

上記の通り報告致します

一般社団法人 静岡県臨床工学会

会長 北本憲永

第19回静岡県臨床工学会

大会長 江間信吾



協賛金募集要項

1. 協賛金の名称

第19回静岡県臨床工学会協賛金

2. 協賛金目的

第19回静岡県臨床工学会の開催

3. 協賛金の使途

第19回静岡県臨床工学会の準備及び運営費

4. 依頼社数

約5口

5. 協賛金目標額

10,000円(1口)

6. 申し込み期限

令和7年5月末日

7. 申し込み方法

当会ホームページ内の学会セミナー情報より登録申込をお願い致します。

※参加者用と企業用とがございますのでご注意ください。

8. お支払方法

下記の銀行に振込みをお願いいたします。

振込み手数料は申し込み各位にてご負担いただきますようお願い申し上げます。

振込み期限：令和7年5月末日迄

振込み先

静岡銀行 焼津南支店 (支店番号 163)

加入者 一般社団法人静岡県臨床工学技士会 代表理事 北本憲永

口座番号 **普通預金 0679484**

通信欄 **協賛金として御社名、担当者名**

9. 請求書・領収書

申込完了後、マイページより請求書発行可能となります。

また事務局受領処理後、マイページより領収書発行可能となります。

10. お問い合わせ先

浜松医科大学附属病院 医療機器管理部 江間信吾

直通 TEL 053-435-2756 FAX 053-435-2899

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山 1-20-1

E-mail : ema.shin@hama-med.ac.jp

*当学会への「協賛金」については、日本製薬工業協会の透明性ガイドラインに基づき、「学会名」「会長名」「件数」ならびに「金額」の公開について同意いたします。よって、当学会としての個別の同意書は発行致しません。

共催セミナー募集要項

1. 開催日、会場名（予定）

開催日：令和7年6月22日（日）

浜松医科大学医学部附属病院 臨床講義棟（大・小）

12：00 から 13：00、16：00 から 17：00 予定（前後する可能性あり）

セミナー1：臨床講義棟大講義室 70席 共催費用 150,000円

セミナー2：臨床講義棟小講義室 70席 共催費用 150,000円

イブニングセミナー：臨床講義棟小講義室 70席 共催費用 100,000円

※ 会場設営の都合上、共催セミナー会場が変更となる場合があります。ご了承ください。

2. セミナー共催費用について

① 共催費用に含まれるもの

・会場費、基本機材使用料、音響・照明費用等。

② 共催費用に含まれないもの（セミナー共催メーカーにお支払いいただくもの）

・参加者お弁当（基本的には席数分のお弁当とお茶のセットをご用意いただきます。なお、弁当単価等内容につきましては事務局指定（2,000円未満）とし、会場決定後、改めてご連絡させていただきます。）お弁当の数については打ち合わせさせていただきます。大会事前登録人数により増減の可能性があり。

（イブニングセミナーでの、お弁当の配布はございません）

・当日運営スタッフ（会場内の進行、お弁当配布、回収係りなど）

・音声録音、追加機材費等

・座長及び演者交通費（渡航費含む）、宿泊費、謝金等の費用

・看板、チラシなどの製作費用

3. 抄録について

・共催セミナーの講演内容を学会抄録集等へ掲載いたします。

・投稿についての詳細は、申込み後ご案内させていただきます。

4. お願い

・セミナーの内容や演者の選出については、貴社に一任しますが、企画内容や講師が重複している場合は、主催者より調整をお願いする場合がございます、

・会場の割り振りは、主催者・事務局にご一任くださいますようお願いいたします。

・主催者側で写真撮影等させて頂くことがございますので予めご了承ください。

5. 申し込み期限

令和7年4月末日

6. 申し込み方法

当会ホームページ内の学会セミナー情報より登録申込をお願い致します。

※参加者用と企業用とがございますのでご注意ください。

7. お支払方法

下記の銀行に振込みをお願いいたします。

振込み手数料は申し込み各位にてご負担いただきますようお願い申し上げます。

振込み期限：令和7年5月末日迄

振込み先

静岡銀行 焼津南支店（支店番号 163）

加入者 一般社団法人静岡県臨床工学技士会 代表理事 北本憲永

口座番号 普通預金 **0679484**

通信欄 共催セミナー費として御社名、担当者名

8. 請求書・領収書

申込完了後、マイページより請求書発行可能となります。

また事務局受領処理後、マイページより領収書発行可能となります。

9. お問い合わせ先

浜松医科大学附属病院 医療機器管理部 江間信吾

直通 TEL 053-435-2756 FAX 053-435-2899

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山 1-20-1

E-mail : ema.shin@hama-med.ac.jp

*当学会への「共催セミナー」については、日本製薬工業協会の透明性ガイドラインに基づき、「学会名」「会長名」「件数」ならびに「金額」の公開について同意いたします。よって、当学会としての個別の同意書は発行致しません。

機器・企業展示の募集要項

1. 展示場所

浜松医科大学医学部附属病院 臨床講義棟（大・小）、他

2. 展示日程

令和7年6月21日（土）

12:00 ～ 主催者側会場設営

15:00 ～ 出展者展示物搬入・設営

令和7年6月22日（日）

9:00 ～ 機器展示 開始

17:00 ～ 機器展示 終了

17:30 ～ 出展者展示物 撤去開始

3. 基礎小間

（機器展示・企業展示）

① 1小間のスペースは、間口1800mm×奥行1200mmです。およそ机1つ分

② 社名板なし

③ 機器展示台一台用意 テーブルクロスなし

④ 電気工事費は不要ですが、病院施設の電源容量を事前に確認ください。

4. 出展料

機器・企業展示 1小間 : 50,000円

5. 小間割り

出展社の小間割りは申し込み締め切り後に主催者から行います。万が一申し込み小間数を収容しきれない場合は、申込書の先着優先など削減調整いたします。また、調整後、各出展社宛てに小割を通知いたします。

6. 展示物の管理

万一、展示物の損害、減失、盗難などの被害が発生しましても、主催者・事務局は責任を負いかねますので、ご注意ください。

7. 申し込み期限

令和7年4月末日

8. 募集数

5社（予定）

9. 申し込み方法

当会ホームページ内の学会セミナー情報より登録申込をお願い致します。

※参加者用と企業用とがございましたのでご注意ください。

9. お支払方法

下記の銀行に振込みをお願いいたします。

振込み手数料は申し込み各位にてご負担いただきますようお願い申し上げます。

振込み期限：令和7年5月末日迄

振込み先

静岡銀行 焼津南支店（支店番号 163）

加入者 一般社団法人静岡県臨床工学技士会 代表理事 北本憲永

口座番号 普通預金 0679484

通信欄 機器展示費として御社名、担当者名

10. 請求書・領収書

申込完了後、マイページより請求書発行可能となります。

また事務局受領処理後、マイページより領収書発行可能となります。

11. お問い合わせ先

浜松医科大学附属病院 医療機器管理部 江間信吾

直通 TEL 053-435-2756 FAX 053-435-2899

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山 1-20-1

E-mail : ema.shin@hama-med.ac.jp

*当学会への「機器・企業展示」については、日本製薬工業協会の透明性ガイドラインに基づき、「学会名」「会長名」「件数」ならびに「金額」の公開について同意いたします。よって、当学会としての個別の同意書は発行致しません。

学会プログラム・抄録集 広告掲載の募集要項

1. 掲載媒介

第19回 静岡県臨床工学技士会プログラム・抄録集

2. 掲載料

表紙裏	1項	A4サイズ(モノクロ)	金額	50,000円
裏表紙	1項	A4サイズ(モノクロ)	金額	50,000円
裏表紙裏	1項	A4サイズ(モノクロ)	金額	50,000円
後付	1項	A4サイズ(モノクロ)	金額	30,000円

3. 作成部数

約800部

4. 発行予定日

令和7年5月下旬

5. 募集数

15社(予定)

6. 広告原稿

- ・印刷に使用する原稿は版下またはデータのいずれかをご提出ください。
- ・写真原稿につきましては、オリジナル写真は避け、チューブした写真でお願いいたします。
- ・データ入稿の際には、作成ソフトを明記し、出力サンプルを添付してください。
- ・配送に関しては十分な保護処置をとられますようお願いいたします。
- ・原稿は令和7年4月30日までにご提出ください。

7. 申し込み期限

令和7年4月末日(ただし、定数に達し次第終了)

8. 申し込み方法

当会ホームページ内の学会セミナー情報より登録申込をお願い致します。

※参加者用と企業用とがございますのでご注意ください。

9. お支払方法

下記の銀行に振込みをお願いいたします。

振込み手数料は申し込み各位にてご負担いただきますようお願い申し上げます。

振込み期限：令和7年5月末日迄

振込み先

静岡銀行 焼津南支店(支店番号 163)

加入者 一般社団法人静岡県臨床工学技士会 代表理事 北本憲永

口座番号 普通預金 0679484

通信欄 抄録集広告掲載費として御社名、担当者名

10. 請求書・領収書

申込完了後、マイページより請求書発行可能となります。

また事務局受領処理後、マイページより領収書発行可能となります。

11. 広告提出先、および問い合わせ先

浜松医科大学附属病院 医療機器管理部 江間信吾

直通 TEL 053-435-2756 FAX 053-435-2899

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山 1-20-1

E-mail : ema.shin@hama-med.ac.jp

*当学会への「抄録集広告掲載費」については、日本製薬工業協会の透明性ガイドラインに基づき、「学会名」「会長名」「件数」ならびに「金額」の公開について同意いたします。よって、当学会としての個別の同意書は発行致しません。

会場ポスター広告募集要項

1. 配布日時

令和7年6月22日 学会会場にて広告ポスターを配布

2. 募集数

5口（予定）

3. 広告掲載費用

50,000円（1口）

4. 会場ポスター広告の内容

会場受付付近にて配布

5. ポスター広告のサイズ

A4サイズ

6. 配布枚数

200枚

7. ポスターの準備

配布用のポスターは、大会会期1週間前までに、大会事務局へ納めてください。

8. 申し込み期限

令和7年4月末日

9. 申し込み方法

当会ホームページ内の学会セミナー情報より登録申込をお願い致します。

※参加者用と企業用とがございますのでご注意ください。

10. お支払方法

下記の銀行に振込みをお願いいたします。

振込み手数料は申し込み各位にてご負担いただきますようお願い申し上げます。

振込み期限：令和7年5月末日迄

振込み先

静岡銀行 焼津南支店（支店番号 163）

加入者 一般社団法人静岡県臨床工学技士会 代表理事 北本憲永

口座番号 普通預金 0679484

通信欄 会場動画広告費として御社名、担当者名

11. 請求書・領収書

申込完了後、マイページより請求書発行可能となります。

また事務局受領処理後、マイページより領収書発行可能となります。

12. 広告提出先、および問い合わせ先

浜松医科大学附属病院 医療機器管理部 江間信吾

直通 TEL 053-435-2756 FAX 053-435-2899

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山 1-20-1

E-mail : ema.shin@hama-med.ac.jp

*当学会への「会場動画広告掲載費」については、日本製薬工業協会の透明性ガイドラインに基づき、「学会名」「会長名」「件数」ならびに「金額」の公開について同意いたします。よって、当学会としての個別の同意書は発行致しません。