

平成 29 年度 日本AKA医学会 指導医・専門医試験要項

平成 29 年 09 月 28 日

日本AKA医学会 指導医・専門医認定委員会副委員長 岡崎達司

平成 29 年度日本AKA医学会 指導医・専門医試験を、下記要項により行います。
受験を希望される会員は、申込手続きをお願い致します。

記

- 【期 日】** 2018 年 3 月 18 日 (日) 午前 10 時より (9 : 30 受付開始)
- 【試験会場】** 大阪コロナホテル TEL : 06-6323-3151
〒533-0031 大阪市東淀川区西淡路1丁目3番21号
(JR新大阪駅 東出口北側より歩いて1分)
- 【試験方法】** 専門医 筆記試験・実技試験
指導医 実技試験
筆記試験 (50 題 五肢択一)
1. 解剖学、生理学 2. 関節運動学、骨運動学 3. 筋運動学
4. 関節神経学 5. 骨・関節疾患、外傷 (含 RSD) 6. 神経系・筋の疾患
7. AKA-博田法 8. 運動療法 9. その他 の領域より出題する。
実技試験
従来通り副運動及び構成運動を利用した技術を、各関節に認定委員会が準備したモデルに対して実施する。
- 【受験資格】** 専門医
1. 日本AKA医学会入会后4年以上経過していること。
2. 過去5年以内に日本AKA医学会学術集会に3回以上参加していること。
3. 過去5年以内に日本AKA医学会の技術研修会 (学術集会技術研修会、地域研修会、試験前講習会) に10回以上参加していること。
指導医
1. 日本AKA医学会認定医認定後1年以上経過していること。
2. 日本AKA医学会学術集会に4回以上参加していること。
3. 日本AKA医学会の技術研修会 (学術集会技術研修会、地域研修会、指導医専門医講習会、試験前講習会) に12回以上参加していること。
- 【申込要項】** 同封の申込用紙に必要事項をご記入の上、下記住所へご郵送頂くか、医学会ホームページよりダウンロードして e-mail にてご送付下さい。
※なるべく e-mail 主体で連絡しますので、申込みは常時使用している e-mail アドレスをご連絡頂けますようお願い致します。
申込み先 お問合せ先 大佐古医院 日本AKA医学会指導医・専門医認定委員会 事務担当 大佐古謙二郎
〒634-0804 奈良県橿原市内膳町2-4-1 大佐古医院 大佐古謙二郎
TEL 0744-29-7109 FAX 0744-29-7109
E-mail depaka2001@ybb.ne.jp
- 締切り 平成29年12月24日 当日消印有効
- 【受験料】** 30,000円 (下記銀行口座宛に平成29年12月24日までにお支払い下さい)
振込先 三菱東京UFJ銀行 橿原支店 (店番134) 普通口座 0084308
口座名 カイチョウオオサコケンジロウ
※お振込みの際には個人名を記載いただきますようお願い申し上げます。
- 【発表】** 可否は2018年5月1日までに通知します。
合格者には日本AKA医学会指導医専門医制度の第3条の規定により手続き完了後日本AKA医学会指導医専門医認定証を交付し登録簿に登録致します。
尚、標榜許可証料として認定期間毎に、指導医は5万円、専門医は2万円の納付が必要となります。
- 【試験前講習会】** 博田節夫先生の指導で2018年1月14日(日)にライフプラザ新緑、及び、2018年2月18日(日)に大阪コロナホテルにて実施します。(別紙参照)

日本関節運動学的アプローチ(AKA)医学会

平成29年度指導医・専門医試験申込書

2018年3月18日に行われる指導医専門医試験の受験申し込みをいたします

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		
勤務先	フリガナ 名称	
	役職	
	所属	
	所在地 〒	
	TEL: _____	内線() _____
	FAX: _____	E-mail _____
自宅	住所 〒	
	TEL: _____	
	FAX: _____	E-mail _____
受験項目	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 指導医
関係書類 送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅
通信欄		

指導医・専門医認定委員会 FAX:0744-29-7109

〒634-0804 奈良県橿原市内膳町2-4-1 大佐古謙二郎

※FAXの際文字は丁寧に記載してください。認識できなければ受理できません。