



日本関節運動学的アプローチ（AKA）医学会 令和7年度技術研修会開催のご案内

令和7年2月吉日

日本関節運動学的アプローチ医学会
ひまわり整形外科 平野裕司

拝啓

令和7年度の技術研修会を下記の要領で開催いたします。奮ってご参加ください。今回も博田節夫先生は参加されず、医学会の指導医と理学・作業療法士会の指導者のみで指導を行います。

敬具

記

【開催日時】：令和7年8月3日（日） 10時00分～15時00分
受付：9時30分～

【開催場所】：姫路ハーベスト医療福祉専門学校
（姫路市南駅前町91-6 姫路駅東口徒歩1分）

【参加資格】：医師・理学療法士・作業療法士

【指導内容】：午前：仙腸関節の副運動

午後：四肢の関節の副運動（肩関節・手関節・膝関節・足部の関節）

【参加人数】：32名 先着順です それ以降はキャンセル待ちとします

昼食に関しては未定です。姫路駅そばのため飲食店は多くあります。会場での飲食も可能ですが黙食をお願いします。振込確認後の最終案内で昼食の説明をします。

感染症対策は万全で行う予定ですが体調の悪い方は参加ご遠慮ください。

【参加費】：会員医師 15,000円 会員理学療法士・作業療法士 10,000円
非会員医師 20,000円 非会員理学療法士・作業療法士 15,000円

お申し込み開始日は令和7年4月1日より、締め切り日は、令和7年7月15日とさせていただきます。

お申し込みは別紙申込書にご記入のうえ下記まで Mail・FAX・郵送でお願いします。
Emailの場合、氏名・生年月日・職種・連絡先・会員か非会員を記入の上、
hima47@tea.ocn.ne.jpまで

参加費は下記口座まで振り込み願います。当方から参加受付の案内と振込依頼の連絡を受けてから振り込み願います。

振込先 銀行名：兵庫信用金庫 西飾磨支店
口座種別：普通
口座番号：322601
名義人：平野 裕司（ヒラノ ユウジ） 宛

(なるべく参加者各人のお名前にて振り込みをお願いいたします。-法人名やまとめて振り込まれる場合は、申込用紙にその旨と法人名などを記入してください。)

※参加申込書およびご入金の確認ができましたら参加決定として連絡させていただきます。

※なお参加決定後の返金は致しかねますのでご了承ください。

(お振込後2週間程度を経過しても連絡の無い場合は下記までお問い合わせください。)

お申し込み、お問い合わせ先(切り取って郵送ラベルにどうぞ)

〒672-8079

兵庫県姫路市飾磨区今在家4丁目25-1

ひまわり整形外科 平野 裕司 宛

T E L 079-243-2000 FAX 079-243-2020

m a i l hima47@tea.ocn.ne.jp

※ご注意:

FAXの場合掛け間違いにご注意ください。

連絡先が勤務先の場合は自宅覧の記入は不要です。自宅希望の方のみ記載をお願いします。基本的には勤務先に連絡させていただきます。

問い合わせはひまわり整形外科をお願いします。じばさんビルには連絡しないようにお願いします。

マスクなど感染症対策は各自でもお願いします。

令和8年3月には指導医や専門医の試験があります。受験希望の方は受験に特化したメンバーでのベッド配置を考慮しますので下段の希望欄にその旨を記載ください。

試験を担当される指導医や指導者に指導をしていただけるようにします。

なお理学療法士・作業療法士の方は、指導者試験希望・又は指導者助手や認定療法士試験希望などと記載してください。

技術研修会の機会は少ないので是非ご参加ください。

**日本AKA医学会 技術研修会
参加申込書**

申し込み締め切り日 令和7年7月15日 申込日：令和7年__月__日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	年 月 日
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士		
会員種別	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		
勤務先	名称		所属・役職
	住所 〒		
	都 道 府 県	市 郡	
	電話：		FAX：
メールアドレス：			
自宅	住所 〒		
	都 道 府 県	市 郡	
	電話：		FAX：
	メールアドレス：		
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
AKA技術レベル	学術集会参加回数 (回) 技術研修会参加回数 (回) <input type="checkbox"/> 指導医C <input type="checkbox"/> 専門医 <input type="checkbox"/> 専門医受験資格 <input type="checkbox"/> 準指導者 <input type="checkbox"/> 指導者助手 <input type="checkbox"/> 認定療法士 <input type="checkbox"/> 認定療法士受験資格		
その他ご意見・ご要望等・法人名で振り込む場合などは振込名などご記入ください 受験予定者もその旨を記載ください (なお連絡先が自宅希望の方のみ自宅覧を記載ください、勤務先の場合は不要です)			