第1回AKA医学会西日本地域研修会　ご案内

九州・沖縄地域研修会

幹事　前原　洋二

拝啓

　　　 　 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てをいただき

御礼申し上げます。この度、博田節夫先生及び指導医・指導者をお迎えして、第1回

西日本地域技術研修会を下記の通り開催いたします。

研鑽の場として技術向上の良い機会になることを期待しています。

敬具

　　　記

【期日】 令和２年　**2月　23日**　（日）

　　　　　　 受付　 8時 30分～ 開始　9時～　　終了　14時30分

【会場】 **森整形外科医院　リハビリ室**

【参加費】AKA 医学会 会員 16,000 円　AKA PTOT 会員 15,000 円

非会員 18,000 円 　　今年度受験予定の方　20,000　円

【定員人数】 40名程度

【対象】 医師　歯科医師　理学療法士　作業療法士

【指導者】 博田節夫会頭　指導医　PTOT会指導者

【プログラム】実技指導のみとなります。（昼食あり）

　　　　　　　午前：仙腸関節　午後：上肢構成運動

　　　　　　　※受験予定者は、別プログラムにて実施予定

【申込み方法】

E-mailまたはFAXにて、①会員番号・氏名（フリガナ）②勤務先・所属③連絡先住所、電話番号

④研修参加回数⑤受験予定の有無を明記のうえ、ご送信ください。申込み確認後、受講のご案内と

参加振込先を返信いたします。

　　 一週間たっても返信がない場合は再度送信ください。

　　【申込み受付期間】令和元年**11月5日～**令和2年**2月10日**まで

【研修会事務局　問い合わせ先】

〒835-0024　　福岡県みやま市瀬高町下庄590　森整形外科医院内　　担当　平山

　　　　　　　　　　　　Tel 0944-63-2040　　**Fax 0944-63-7842**

**e-mail :akamiyama2@yahoo.co.jp**

以上

**ＦＡＸ送信先**　　　　　**森整形外科医院**　　　**担当　　平山　宛**

**ＦＡＸ：(0944)63－7842**

令和　　年　　月　　日

令和2年2月23日　第1回日本AKA医学会西日本地域技術研修会

参加申込書

該当箇所を○で囲んでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 男・女 | 年　月　日 |
| 職種 | 医師　・　理学療法士　・　作業療法士 | | |
| 会員種別 | 会員　・　非会員 | | |
| 連絡先 | ≪勤務先≫  施設名  〒 | | |
| ＴＥＬ　　　　　　　　　　　FAX | | |
| 研修会回数 | 学術集会参加回数　　　　（　　　　回）  地域研修会参加回数　　　（　　　　回） | | |
| 資格 | 専門医　　指導医　　認定　　指導者助手　　なし | | |
| 試験の受験予定 | 有　　・　　無 | | |

その他、ご意見・ご希望がございましたらお書きください。