

第 2 回 AKA 医学会西日本地域技術研修会 ご案内

西日本地域技術研修会

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 2 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 **5月31日** (日)

受付 8時 30分～ 開始 9時～ 終了 14時 30分

【会場】 **福岡朝日ビル 会議室** 福岡市博多区博多駅前 2 丁目 1-1

【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

【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:下肢構成運動

【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 2 年 **3 月 1 日**～令和 2 年 **5 月 15 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5月31日 第2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	指導医 専門医 指導者 指導者助手 認定 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。