

近畿地域研修会の開催のお知らせ

日時：平成27年12月13日（日）10時00分頃～15時00分頃まで、

場所：**松下 IMP ビル 2 階 大阪会議室 C 会議室（昨年と場所は換わっています）**

〒540-6302 大阪府大阪市中央区城見 1-3-7 松下 IMP ビル 2 階

大阪市営地下鉄 長堀鶴見緑地線 大阪ビジネスパーク駅 4 番出口 徒歩約 1 分

受講料（会場費アップの為値上げさせて頂いています）

医学会会員、PT,OT 会会員 16000円 30名程度（先着順）

受験コース（最前列3ベット）希望の方は18500円（12名）

（医学会、PT,OT 会会員外の方は20000円）

今回は昼食は用意いたしません、商業ビル内ですので各自とってください、会場内での
お弁当程度の飲食はして頂いて結構です。**更衣室はありません**、トイレ等で着替えてくだ
さい。

*一ベット3, 4人の予定です。

研修会スケジュール（準備、人数が集まり次第早く始めます）

9時30分 受付開始（準備出来次第始めます）

9時55分 案内、挨拶等

10時00分 仙腸関節

11時15分 躯幹の関節

12時30分 四肢の関節

13時10分 休憩（お昼休み）

14時00分 希望の関節、構成運動、ANT のデモ

15時00分 終了「、

プログラムは後日変更することがあります。

申し込み方法

研修会参加申し込みとお書きの上、①所属、②資格（医師、PT,OT）③連絡先住所、④連絡先電話番号、FAX 番号、⑤氏名、⑥AKA 歴何年か（指導医、専門医、認定医等）⑦受験コースの希望の有無（満員なら一般コースでいいのか）をお書き頂き、下記の番号に FAX でお送りください。

折り返し FAX で参加費振込先をお知らせします。振込をもって参加決定です。定員を超えた場合はお断りの FAX をお送りします。字ははっきり丁寧に、鮮明な FAX お願いします。

締め切りは11月末です。

返信 FAX を受け取り後速やかに（2週間まで）参加費の振込をお願いします。振り込まれない場合はキャンセル扱いになります。一旦振り込まれましたらお返しできませんのでお気を付けください。

FAX 番号：072-443-2738 久米田外科整形外科病院 柴田敏弥

お問い合わせはメールをお願いします j f 3 m t m（半角に直してください）@ドメインは G メールです。

*FAX 送信後、一週間以上（土日は除く）経っても返信の FAX が届かない場合は、こちらに届いていないかもしれませんのでお問い合わせください。

当日の注意事項

*撮影は自由ですが、幹事は優先的に撮影しますので、前に立ったり横切ったりすると思いますがご協力をお願いします。

*映像ご希望の方は82円切手を貼った返信用封筒（定形で住所、氏名が書かれたもの）にSDカード（念の為8G以上）のみを入れ受付にお預けください。SDカードは包装から出して同封してください。Micro SD の場合はアダプター付けてください。

万が一映像が撮れていないときはそのままお送りすることになりますので、その際はご了承ください。

*終了時刻は遅れることがあります。