

# 日本関節運動学的アプローチ（AKA）医学会

## 第15回近畿・中国四国合同地域技術研修会開催の御案内

近畿・中四国合同地域技術研修会

幹事:ほり整形外科 堀 司郎

謹啓 時下益々御清祥のこととお喜び申し上げます。このたび下記の要綱で近畿・中四国合同地域技術研修会を開催いたします。奮って御参加下さい。

【開催日時】:平成29年6月11日(日) 10時00分～15時00分 受付:9時30分～

【開催場所】:河田病院(岡山県岡山市、岡山駅西口より徒歩10分)

【参加資格】:医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士

【指導内容】:※今回も2コース構成となります。(いずれも昼食付き)

1.博田先生直接指導による専修コース(専門医・指導者・準指導者受験資格者)

定員:先着20名

参加費:2万円

2.一般研修コース

参加費:1.5万円

※専修コースは博田先生の指導を直接受けられます。

※いずれも従来通り指導医が各ベッドで指導を行います。

※この研修会は日本AKA医学会1単位が認定されます。

お申込み締め切り日は、平成29年5月12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して頂き下記へ郵送で送り、参加費を下記口座まで振込お願いします。

郵送先:〒733-0834 広島県広島市西区草津新町2-6-10

ほり整形外科 堀司郎 宛

TEL:082-278-5255 FAX:082-278-4800

Mail:horiseikei.ai@gmail.com

振込先:銀行名:広島銀行 広島西支店 種別:口座 普通預金

口座番号:0437051

名義人:堀 司郎(ホリ シロウ)

※参加者各人のお名前にて振込をお願いいたします。まとめて振込まれますと振込された方のお名前がわからなくなります。

※振込手数料は振込人の方にご負担お願いします。

※参加申込書およびご入金の確認が出来ましたら参加決定とさせていただきます、詳細資料を発送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下さい。

※お申込み後2週間経過しても返送のない場合は上記までお問い合わせください。

〈参加申込書〉

申し込み締め切り日 平成 29 年 5 月 12 日

申込日：平成 29 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

希望されるコース (○で囲む)

1. 博田先生専修コース

2. 一般研修コース

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	S・H 年 月 日
職種	医師 歯科医師 理学療法士 作業療法士		
会員種別	会員 非会員		
勤務先	名称	所属・役職	
	住所 〒		
	都道 府県	市 群	
	TEL :	FAX :	
	メールアドレス :		
自宅	住所 〒		
	都道 府県	市 郡	
	TEL :	FAX :	
	メールアドレス :		
資料送付先	勤務先 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) 専門医 専門医受験資格 準指導者 指導者助手 認定療法士 認定療法士受験資格 受験予定資格【 】		
その他ご意見・ご要望等がございましたらご記入をお願いします			

※連絡先が自宅希望の方のみ自宅覧を記載下さい。勤務先の場合は不要です。