



日本関節運動学的アプローチ（AKA）医学会 近畿・中国四国合同地域技術研修会開催のご案内

平成 30 年 2 月

近畿・中国四国合同地域技術研修会

幹 事 ひまわり整形外科 平野裕司

拝啓

浅春の侯、皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。さて、日本 A K A 医学会の第 19 回近畿・中国四国合同地域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。

敬具

記

【開催日時】：平成 31 年 4 月 14 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）

1. 指導医・専門医・指導者・準指導者受験コース

（上記受験予定者のみを対象とします）

定 員：先着 9 名

参加費：20,000 円

博田先生の指導を直接受けられます。また指導医・専門医受験予定者には四肢の関節の副運動・他動構成運動・抵抗構成運動なども行う予定です。

2. 一般研修コース

定 員：40 名まで

参加費：15,000 円

午前中は仙腸関節・午後から上肢の副運動を行います。

※いずれも従来通り指導医・指導者が各ベットで指導を行います。受験コースは博田先生の指導を直接受けられます。受験コースは先着順です。

お申込締め切り日は、平成 31 年 3 月 24 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 FAX・郵送でお願いします。

Email の場合希望コース、氏名・生年月日・職種・連絡先・希望コース・技術レベルを記入の上、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。

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ませ。

（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にお願いします。河田病院には連絡しないようにお願いします。

日本 A K A 医学会 第 19 回近畿・中四国地域技術研修会 参加申込書

申し込み締め切り日 平成 31 年 3 月 24 日 申込日：平成 31 年 ____ 月 ____ 日

希望されるコース 1. 受験コース

(○で囲む)

2. 一般研修コース

| | | | |
|---|--|--------|-------|
| 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 | 市 | |
| | 府 県 | 郡 | |
| | 電話： | F A X： | |
| | メールアドレス： | | |
| 自宅 | 住所 〒 | | |
| | 都 道 | 市 | |
| | 府 県 | 郡 | |
| | 電話： | F A X： | |
| | メールアドレス： | | |
| 連絡先 | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 | | |
| A K A 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"/> 準指導医 <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 (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) | | | |