日本関節運動学的アプローチ（AKA-博田法）医学会技術講習会

第35回九州・沖縄地域研修会　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35回　九州・沖縄

地域技術研修会を下記の通り開催いたします。

今回は、実技のみで指導内容は2コース構成となります。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】 令和元年　**7月　28日**　（日）

　　　　　　 受付　 10時 00分～ 開始　10時30分　～　終了　16時00分

【会場】 カンファレンスASC（アスクビル）※前回の会場と異なります

〒812‐0013　福岡県福岡市博多区東1丁目16‐25

アスクビル4階　会議室 <http://asc1.jp/access/>

【参加費】①　指導医・専門医・指導者・準指導者受験コース　※博田先生直接指導

定員：先着8名まで　　　　参加費 25,000 円

　　　　　　　②　一般研修コース（医学会会員、PTOT会員、非会員）

　　　　　　　　定員：24名まで　　会員　15,000円　非会員　18,000円

【参加対象】 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。（昼食あります）

【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】平成31年**4月17日～令和元年6月30日**まで

【研修会事務局　問い合わせ先】

　　　　　　　 　　　　　　森整形外科医院　　担当　平山

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

**e-mail :kyushuaka@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**

平成　　年　　月　　日

令和元年7月28日　第35回日本AKA医学会　九州沖縄地域技術研修会

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。