



日本関節運動学的アプローチ（AKA）医学会 第1回西日本地域技術研修会開催のご案内

令和4年9月

日本関節運動学的アプローチ医学会
事務局 ひまわり整形外科 平野裕司

拝啓

新型コロナ下で長らく中止になっていました研修会を再開したいと思います。第1回の西日本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。博田節夫先生は参加されず、医学会の指導医と理学・作業療法士会の指導者のみで指導を行います。

敬具

記

【開催日時】：令和4年11月23日（水・祝） 10時00分～15時00分
受付：9時30分～

【開催場所】：じばさんビル501・503会議室
（姫路市南駅前町123番 姫路駅南口徒歩すぐ）

【参加資格】：医師・理学療法士・作業療法士

【指導内容】：久しぶりのため仙腸関節のみとします

【参加人数】：24名 先着順です それ以降はキャンセル待ちとします

新型コロナ対策のため昼食は準備しません。各自で別れてお願いします。姫路駅そばのため飲食店は多くあります。会場での飲食も可能ですが黙食でお願いします。

医学会のガイドラインにのっとり感染症対策は万全で行う予定ですが体調の悪い方は参加ご遠慮ください。

【参加費】：会員医師 20,000円 会員理学療法士・作業療法士 10,000円
非会員医師 25,000円 非会員理学療法士・作業療法士 15,000円

お申込締め切り日は、令和4年10月31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 Mail・FAX・郵送でお願いします。
す。Emailの場合、氏名・生年月日・職種・連絡先を記入の上、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。当方から参加受付の案内と振込依頼の連絡を受けてから振り込み願います。

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新型コロナ感染のため受講できない場合を除き致しかねますのでご了承ください。

(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をお願いします。じばさんビルには連絡しないようにお願いします。

万が一感染者が分かった場合は連絡しますので、連絡がスムーズにつく連絡先の記載をお願いします。

新型コロナワクチン 3-4 回接種済の方のみとしますので、接種証明書のコピーかスマホでの写真でも構いませんのでご用意をお願いします。

マスクなど感染症対策は各自でもお願いします。健康状態チェックシートは当日記入してご持参ください。

なお指導医 C の先生も受講可能ですが、人数は制限させていただきます。

日本AKA医学会 第1回西日本地域技術研修会 参加申込書

申し込み締め切り日 令和4年10月31日 申込日：令和4年____月____日

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：	FAX：	
	メールアドレス：		
自宅	住所 〒		
	都 道	市	
	府 県	郡	
	電話：	FAX：	
	メールアドレス：		
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 指導医C <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)			

健康状態チェックシート

研修会参加当日に記載の上ご持参願います。

お名前 _____

最近2週間以内の体調について、以下の項目にお答えください。

当てはまる症状などある場合は「あり」にチェックし症状があった期間を記入ください。

当てはまる症状がない場合は「なし」にチェックしてください。

	あり	なし	症状などがあった期間
37.5度以上の発熱			
咳やのどの痛み			
強い倦怠感			
息苦しさ・息切れ			
嗅覚・味覚異常			
新型コロナウイルス感染者やその疑いのある人との濃厚接触			
新型コロナウイルス感染			

本日の体温 度

参加当日発熱がある場合は新型コロナ感染者の濃厚接触者になった場合は参加ご遠慮願います。その場合は早めに連絡をお願いします。

新型コロナ感染予防のためご協力をお願いします。