骨粗鬆症 クリニカルセミナー

Osteoporosis Clinical Seminar

さいたま会場

日本整形外科学会教育研修会（2単位）
日本臨床内科医会認定医・専門医（4単位）
日本リウマチ学会専門医教育研修会（2単位）
日本リウマチ財団登録医教育研修講演（2単位）
日本医師会生涯教育制度（2単位、ｶﾘｷｭﾗﾑｺｰﾄﾞ：62、73、77、82）

開会の辞　埼玉県整形外科医会 会長、林整形外科 院長　林　承弘 先生　　時間予定

座長　さいたま赤十字病院 副院長　半田　祐一 先生［18:00～19:00］

1 生活習慣病における骨粗鬆症治療の重要性

講師　産業医科大学 医学部 第一内科学 講師　岡田　洋右 先生

- 日本整形外科学会教育研修会　認定1単位：専門医必須分野
  <01 整形外科基礎科学、07 脊椎·脊髄疾患>または脊椎・脊髄病単位（SS）
- 日本リウマチ学会専門医教育研修会　認定1単位
- 日本リウマチ財団登録医教育研修講演　認定1単位

座長　日本臨床整形外科学会埼玉県支部 県代表·県支部長、埼玉県整形外科医会 幹事、さめしま整形外科 院長　鮫島　弘武 先生［19:00～20:00］

2 骨折予防と骨粗鬆症早期治療の重要性

講師　東京女子医科大学 整形外科 講師、蓮田病院 整形外科 部長　金谷　幸一 先生

- 日本整形外科学会教育研修会　認定1単位：専門医必須分野
  <04 代謝性骨疾患（骨粗鬆症を含む）、13 リハビリテーション（理学療法、義肢装具を含む）>または運動器リハビリテーション単位（Re）
- 日本リウマチ学会専門医教育研修会　認定1単位
- 日本リウマチ財団登録医教育研修講演　認定1単位

※講演時間：各60分間（質疑応答5分程度含む）　※セミナー終了後に情報交換会を予定しております。

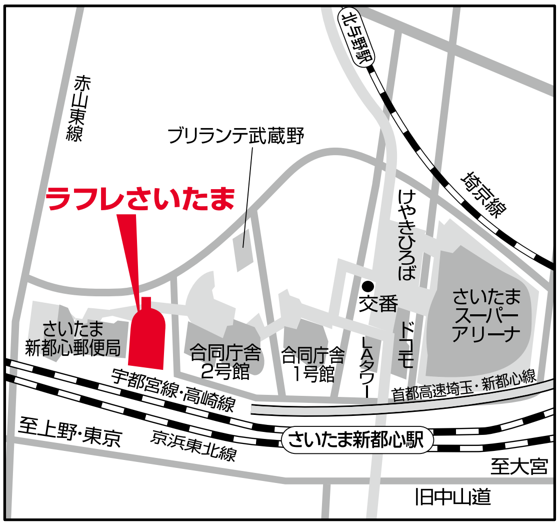
閉会の辞　埼玉県内科医会 会長、大島内科クリニック 院長　大島 誠一 先生

■日　時：平成23年11月5日（土）18:00～20:00
■会　場：ラフレ埼玉 4F 欅の間
〒330-0081
さいたま市中央区新都心3-2　TEL：048-601-1111

●JR京浜東北線·宇都宮線·高崎線「さいたま新都心」駅下車 徒歩7分
JR埼京線（各駅停車利用）「北与野」駅下車徒歩10分

参加費ー無料（日本整形外科学会教育研修会　1単位……1,000円）
（日本リウマチ学会専門医教育研修会　1単位……1,000円）
（日本リウマチ財団登録医教育研修講演　1単位……1,000円）

共催ー日本臨床整形外科学会埼玉県支部·埼玉県整形外科医会／埼玉県内科医会／中外製薬株式会社／日本イーライリリー株式会社／株式会社メジカルビュー社
後援ー日本臨床整形外科学会／日本臨床内科医会／埼玉県医師会



参加ご希望の方は、裏面の参加申込書にお名前·ご施設名·診療科名·ご住所·郵便番号·電話番号等をご記入のうえ、FAXにてお申込み下さい。後日、受講参加票をお送りしますので当日ご持参下さい。

参加申込み・問合せ先

「骨粗鬆症クリニカルセミナー」運営事務局
〒162-0845
東京都新宿区市谷本村町2-30
（株）メジカルビュー社　セミナー推進室
Tel.（03）5228-2089　Fax.（03）5228-2059
e-mail:seminar@medicalview.co.jp

中外製薬 CHUGAI ロシュ グループ | Lilly 日本イーライリリー株式会社

骨粗鬆症クリニカルセミナー

さいたま会場 参加申込書

日　時：平成23年11月5日（土） 18:00～20:00
会　場：ラフレ埼玉 4F 欅の間
〒330-0081 さいたま市中央区新都心3-2
TEL：048-601-1111

ふりがな お名前 （　　歳）
ご施設名
診療科名　　　　　　　　役職
ご勤務先住所　〒 TEL　　（　　）
該当に○印および必要事項をご記入下さい　●開設者　●勤務医　●その他（　　）
参加票送付先　●ご勤務先　●ご自宅　（いずれかに○を付けて下さい） ※ご自宅をご希望の場合は下記にご記入下さい
ご自宅住所　〒 TEL　　（　　）
今回の講演テーマに関してのご質問、その他のご意見等ございましたらご記入下さい。

株式会社 メジカルビュー社「骨粗鬆症クリニカルセミナー」運営事務局

お申込み Fax.(03) 5228-2059

〈個人情報の取り扱いについて〉

・利用目的……お申込みの際、ご記入いただいた個人情報は、各教育単位の申請、事務連絡に使用させていただきます。尚、同意いただいた内容以外での利用はいたしません。
・第三者への提供……参加申込書に記載された個人情報は共催者にて共有させていただきます。上記に基づきアンケートまたは製品情報の提供をさせていただく場合がありますが、希望されない方は、右記のチェック欄に√（チェックマーク）をご記入下さい。……□希望しない
・個人情報提供の任意性……お申し込みの際に記載していただく個人情報はお申込者の任意です。ただし、必要事項の記載がない場合、参加票の送付や各教育単位等の申請ができない場合があります。
・個人情報の預託……弊社が信頼に足ると判断した事業者に資料発送等を委託する場合があります。
・個人情報の開示･訂正･削除…随時お受けいたします。

※本セミナーの個人情報に関するお問合せ先:Tel.03-5228-2089　E-Mail:seminar@medicalview.co.jp