

運動器疾患／骨・関節フォーラム

さいたま会場

日本整形外科学会の教育研修会単位
取得の完全デジタル化への移行に伴い、
必ず、会員カードをご持参ください。



「運動器の健康」世界運動
動く喜び 動ける幸せ



全国 **ストップザロコモ**
Stop the Locomo Council 協議会

日本整形外科学会教育研修会(3単位:講演1・2・3)
日本リウマチ学会専門医教育研修会(3単位:講演1・2・3※内、講演3は【医】)
日本リウマチ財団登録医教育研修講演(2単位:講演1・2)
日本医師会生涯教育制度(3単位:カリキュラムコード:6、73、82)

開会の辞 埼玉県整形外科医会 副会長、さめしま整形外科 院長 鮫島 弘武 先生 [時間予定 15:00~15:15]

座長 埼玉医科大学病院 整形外科・脊椎外科 教授 門野 夕峰 先生 [15:15~16:15]

1 ロコモ認知度向上に向けて臨床整形外科医が今やるべき事

講師 埼玉県整形外科医会 会長、林整形外科 院長 林 承弘 先生
・日本整形外科学会教育研修会 認定1単位
＜04 代謝性骨疾患(骨粗鬆症を含む) or 12 膝・足関節・足疾患＞ 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
・日本医師会生涯教育制度 認定1単位 (1単位:CC:82 生活習慣)

座長 埼玉医科大学総合医療センター 整形外科 教授 税田 和夫 先生 [16:15~17:15]

2 変形性膝関節症の病態と保存治療のトピックス

講師 新潟医療福祉大学健康科学部健康スポーツ学科 教授 大森 豪 先生
・日本整形外科学会教育研修会 認定1単位
＜01 整形外科基礎科学 or 12 膝・足関節・足疾患＞ 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
・日本医師会生涯教育制度 認定1単位 (1単位:CC:73 慢性疾患・複合疾患の管理)

<休憩 10分間>

座長 獨協医科大学埼玉医療センター 整形外科 主任教授 大関 覚 先生 [17:25~18:25]

3 紛争事例から見る整形外科領域の医療安全の考察

講師 仁邦法律事務所 弁護士 桑原 博道 先生
・日本整形外科学会教育研修会 認定1単位
＜14-1 医療安全＞
・日本リウマチ学会専門医教育研修会 認定1単位【医】
・日本医師会生涯教育制度 認定1単位 (1単位:CC:6 医療制度と法律)

閉会の辞 埼玉県整形外科医会 会長、林整形外科 院長 林 承弘 先生

※講演時間：各60分間（質疑応答5分程度含む） ※研修会終了後に、情報交換会の場をご用意しております。

日時：平成30年7月28日(土) 15:00~18:25

会場：ホテルブリランテ武蔵野 2F エメラルド

〒330-0081

埼玉県さいたま市中央区新都心2-2

TEL: 048-601-5555

●交通機関:

・JRさいたま新都心駅、JR北与野駅から 徒歩5~6分
さいたま新都心駅からは屋根付き歩行デッキにてホテルまで直結しています。

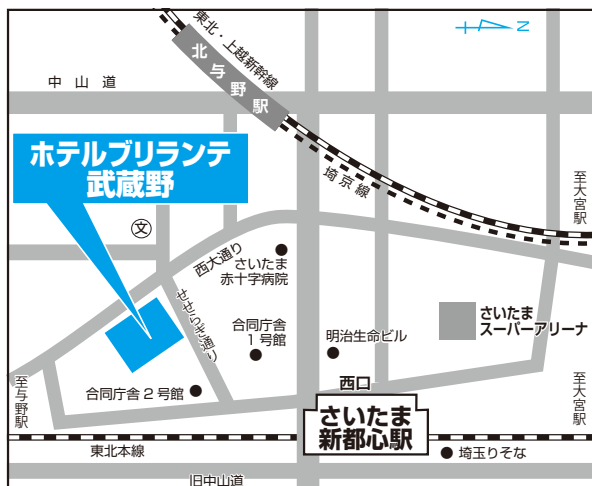
参加費—無料

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—埼玉県整形外科医会／日本臨床整形外科学会埼玉支部／
中外製薬株式会社／株式会社メジカルビュー社

後援—日本臨床整形外科学会／日本整形外科学会／
埼玉県医師会／運動器の健康・日本協会／
全国ストップ・ザ・ロコモ協議会

協賛—デンカ株式会社



参加ご希望の方は、裏面の参加申込書にお名前・施設名・診療科名・ご住所・郵便番号・電話番号、参加票送付先等をご記入のうえ、FAXにてお申込みください。後日、受講参加票をお送りしますので、当日ご持参ください。

参加申し込み・問合せ先

「運動器疾患／骨・関節フォーラム」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
seminar@medicalview.co.jp



ロコモ対策

運動器疾患 / 骨・関節フォーラム

さいたま会場 参加申込書

日時:平成30年7月28日(土) 15:00~18:25

会場:ホテルブリランテ武蔵野 2F エメラルド

〒330-0081 埼玉県さいたま市中央区新都心2-2 TEL:048-601-5555

ふりがな お名前	医籍登録番号
(歳)	
ご施設名	郡市医師会名
診療科名	役職
ご勤務先住所 〒 _____	
TEL ()	
該当に○印および 必要事項をご記入ください	●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○を付けてください) ※ご自宅をご希望の場合は下記にご記入ください
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ください。	

株式会社 メジカルビュー社「運動器疾患 / 骨・関節フォーラム」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)をご記入ください。……………□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