

「リウマチを よくするためには？」

[日本リウマチ学会・認定医教育研修講座]
[日本リウマチ財団・登録医教育研修講座]

●公開講座● 13:00~16:30

テーマ:「リウマチをよくするためには？」

講演 13:10~15:10

司会:宮坂 信之

(東京医科歯科大学医学部付属病院 院長/
膠原病・リウマチ内科 教授)

1.「リウマチを理解しよう」

中村 正

(くまもと森都総合病院 リウマチ膠原病内科 部長)

2.「リウマチの専門薬:抗リウマチ薬」

田中 良哉

(産業医科大学第一内科 教授)

3.「関節破壊を止めるくすり:生物学的製剤」

竹内 勤

(慶應義塾大学医学部 リウマチ内科 教授)

4.「リウマチの手術療法・リハビリテーション」

東野 通志

(熊本整形外科病院副院長・リウマチセンター)



定員489名様

参加を希望される皆様へ!

下記の方法にて事務局まで
お申込みください。

●インターネットでお申込みの場合

ホームページ <http://www.sympto.jp> にアクセスして
いただき、申込みコーナーよりお申込みください。

●ファックスでお申込みの場合

裏面の受講申込書 (FAX送信用) に内容をご記入の上、
FAX (03-3836-3642) してください。

●電話でお申込みの場合

裏面の受講申込み内容をお電話 (03-3836-3663) でお申込みください
(受付時間:平日の午前10時~午後5時)

●ハガキでお申込みの場合

ハガキに受講申込み内容をご記入の上、下記にご郵送ください。
財団法人日本予防医学協会 リウマチ・アレルギーシンポジウムPart1事務局
〒135-0001 東京都江東区毛利1-19-10 江間忠ビル

●申込期限:平成25年1月15日(火)午後5時まで(ハガキの場合は当日消印有効)

●定員:489名様(定員を超過参加申込みの場合は、先着順にて締め切らせていただきます。)

お問い合わせ

財団法人日本予防医学協会

リウマチ・アレルギーシンポジウムPart1事務局

TEL: 03-3836-3663 (お電話でのお問い合わせは、平日の午前10時から午後5時まで)

ホームページ <http://www.sympto.jp>

主催:財団法人日本予防医学協会

後援:熊本県・熊本市

平成24年度 厚生労働省難治性疾患等克服研究推進事業

リウマチ・アレルギー
シンポジウム Part1
KUMAMOTO

2013年1月19日(土)

開場/12:30

講演/13:00~16:30

対象/患者さんおよびご家族
医師及び医療関係者

会場/くまもと森都心プラザホール

パネリストセッション 15:30~16:30

テーマ:「リウマチをよくするためには？」

コーディネーター:

安倍 達

(埼玉医科大学総合医療センター 名誉所長)

宮坂 信之

(東京医科歯科大学医学部付属病院 院長/
膠原病・リウマチ内科 教授)

パネリスト:

中村 正

(くまもと森都総合病院 リウマチ膠原病内科 部長)

田中 良哉

(産業医科大学第一内科 教授)

竹内 勤

(慶應義塾大学医学部 リウマチ内科 教授)

東野 通志

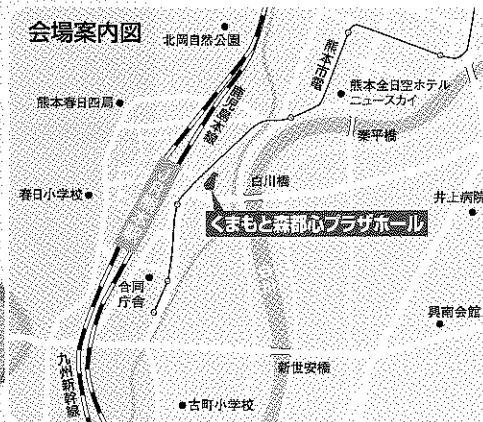
(熊本整形外科病院副院長・リウマチセンター)

長谷川 三枝子

(公益社団法人日本リウマチ友の会 会長)

★日本アレルギー学会 認定医・認定専門医教育研修講座:

本シンポジウムは、日本アレルギー学会認定医・認定専門医
制度規定の基づき2単位となり、当日会場にて受付します。
(受講証を発行します。)



くまもと森都心
プラザホール
熊本県熊本市春日1-14-1
電話 096-355-7400

■交通

JRでお越しの場合: JR熊本駅白川口(東口)正面
バスでお越しの場合: 熊本駅前バス停下車(交通センターからの所要時間約10分)
市電でお越しの場合: 熊本市電A系統(田崎橋~健軍町)熊本駅前電停下車
自家用車でのご来場はご遠慮ください。
(駐車場は公共施設兼用で会場専用駐車場はございません)



FAX.03-3836-3642



TO:財団法人日本予防医学協会内 リウマチ・アレルギーシンポジウム Part1 事務局

リウマチ・アレルギーシンポジウム part1 (熊本) 受講申込書

日時:2013年 **1月19日**(土) 13:00~16:30

会場:くまもと森都心プラザホール

対 象 / 患者さん及びご家族
医師及び医療関係者

公開講座 / 13:00~16:30

【講 演】13:10~15:10

【パネルディスカッション】15:30~16:30

申込日 平成 年 月 日

「リウマチ・アレルギーシンポジウムPart1(熊本)」に参加申し込みます。

参加希望人数()名

ふりがな
お名前:

性 別: 男 ・ 女 年 齢: 才

職 業: 患者さん及びご家族

医師及び医療関係者 { 医師 / 看護師 / 保健師 / 管理栄養士 / 小学校養護教諭 / 看護学校生 / 薬剤師 / 理学療法士 / 他() }

ご住所: (〒 -)

TEL: FAX:

E-mailアドレス:

※ご質問のある方は具体的に記入ください。当日のパネルディスカッションの資料とさせていただきます。

- 定員を超す参加申込みの場合は、先着順にて締め切らせていただきます。(後日、受講証を発送いたします。)
- ファックス申込みの場合:上記内容にて記入の上お申込みください。
- ご記入いただいた個人情報、本事業目的以外での使用はいたしません。

