

令和3年9月17日

会 員 各 位

埼玉県健康スポーツ医会
会 長 安 田 福 輝

令和3年度第2回埼玉県健康スポーツ医会学術講演会の開催について（通知）

時下、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さてこの度、標記学術講演会を下記のとおりWEBにて開催いたします。

つきましては、ご参加をご希望の場合は、別紙をご参照の上、10月20日(水)までに事前登録ください。

申込締め切り後、WEB参加費の請求書および当日の視聴URL・パスワード等案内をメールで送付しますので、講演会当日までに、請求書に記載の口座に参加費をお振り込みください（振込後の返金は致しません）。

なお、今回の講演会につきましては、日医認定健康スポーツ医学再研修会の単位取得ができませんので、予めご了承ください（日整会の単位のみ取得可能）。

記

日 時：令和3年10月27日（水）19時00分～21時00分

形 式：ZOOMによるオンライン配信

WEB参加費：1,000円

申込締切：令和3年10月20日（水）

埼玉県健康スポーツ医会(令和3年度 第2回学術講演会)

謹啓

時下、先生方に於かれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。
この度、本年度の埼玉県健康スポーツ医会(令和3年第2回学術講演会)を下記のように開催いたします。
ご多忙中かとは存じますが、ご出席賜りたくお願い申し上げます。

謹白

埼玉県健康スポーツ医会会長
安田 福輝

日 時: 令和3年10月27日(水) 19時00分～21時00分

形 式: Zoomによるオンライン配信

WEB参加費: 1,000円

(当日連絡先: 第一三共株式会社・雨森 TEL 090-6954-1746)

【製品説明】 18時45分～19時00分 「末梢性神経障害性疼痛治療剤 タリージェ錠」

【開会の挨拶】 埼玉県健康スポーツ医会会長・安田醫院 院長 安田 福輝 先生

【特別講演Ⅰ】 19時00分～20時00分

座長: 今村整形外科・外科 院長 今村 恵一郎 先生

演題: 『 運動器領域の頑固な痛みと悩ましいしびれ

～かかりつけ医として抑えておきたい疼痛管理の基本～ 』

講師: 獨協医科大学埼玉医療センター 整形外科 講師 片柳 順也 先生

【特別講演Ⅱ】 20時00分～21時00分

座長: 埼玉医科大学 整形外科・スポーツ医学 教授 立花 陽明 先生

演題: 『 再生医療の現状とスポーツ医学への応用 』

講師: 東海大学医学部外科学系整形外科学 教授 佐藤 正人 先生

【閉会の挨拶】 医療法人地の塩会 とだ小林医院 院長 小林 洋一 先生

※本講演は日本整形外科学会の研修会のそれぞれ1単位として認定されています。

特別講演Ⅰ: 日整会専門医資格継続単位【N】又は【SS】脊椎脊髄病認定医単位 1単位

【N】:[7] 脊椎・脊髄疾患、[8] 神経・筋疾患(末梢神経麻痺を含む)

特別講演Ⅱ: 日整会専門医資格継続単位【N】又は【S】スポーツ認定医単位 1単位

【N】:[1] 整形外科基礎科学、[2] 外傷性疾患(スポーツ障害を含む)

※日本医師会生涯教育講座 2単位の取得を予定しております。

取得 CC:【61;関節痛】【63;四肢のしびれ】

◇本会は日本整形外科学会の教育研修会として認定を受けております。

受講状況が確認できるようカメラをオンにできるシステムを使用の上でご参加をお願いいたします。

◇本講演は日医認定健康スポーツ医学再研修会の単位は、取得できませんのでご注意ください。

◇ご確認させていただいたご施設名・ご芳名は医薬品および医学・薬学に関する情報提供のために利用させていただきますことがございます。何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

共催: 埼玉県健康スポーツ医会
第一三共株式会社
後援: 埼玉県整形外科医会

埼玉県健康スポーツ医会(令和3年度 第2回学術講演会)

令和3年10月27日(水) 19時00分～21時00分

以下の方法のいずれかより **10月20日(水)までに「事前登録申し込み」**を行ってください。
締め切り後 **10月21日以降に**、お申込みいただいたメールアドレス宛に**請求書**を送付いたしますので、講演会当日までに参加費をお振込ください。
なお、**請求書と同時に視聴 URL、パスワード**を送付させていただく予定です。

方法1.【メール】

二次元コードによるメール

または**下記アドレス宛**にメール



- ① 右記二次元コードをスキャン
- ② 「メール作成画面はこちら」をタップ
- ③ 本文に**下記必要項目を入力して**メールを送信

担当：第一三共株式会社 雨森真一郎

メールアドレス：amenomori.shinichiro.wb@daiichisankyo.co.jp

必要項目：1.ご所属都市医師会名 2.ご施設名 3.ご芳名

4.日整会会員番号（会員の先生のみ） 5.日中連絡のつく電話番号

方法2.【FAX】 048-968-7300

ご所属都市医師会名： _____

ご施設名： _____

ご芳名： _____

日本整形外科学会会員の先生 会員番号： _____

メールアドレス： _____

日中連絡のつく電話番号： _____

お問い合わせ先
第一三共株式会社 雨森真一郎
090-6954-1746