

公益財団法人 動物臨床医学研究所
2 月度合同カンファレンス開催のご案内
獣医総合臨床認定医ポイント対象プログラム(運動器分野)

(知の市場 関連講座)

日 時:2019 年 2 月 24 日(日) (受付 9:15)9:30~16:45

会 場:岡山国際交流センター (岡山市北区奉還町 2-2-1) TEL:086-256-2905

8 階イベントホール/7F 多目的ホール

講 義 8F イベントホール

- 9:30-11:00 症例検討
 11:10-12:00 『骨折の基本的な治療計画と戦略』
 講師:川田 睦 先生(ネオベッツVRセンター)
 12:00-12:40 昼休憩
 12:40-13:30 『知っておくべき橈尺骨および脛骨骨折の具体的治療法』
 講師:川田 睦 先生(ネオベッツVRセンター)
 13:40-15:00 **特別セミナー:前十字靭帯断裂の診断と治療**
 『後肢跛行診断:前十字靭帯断裂を簡単に診断する秘訣』
 講師:戸次 辰郎 先生(ネオベッツVRセンター)
 15:10-16:30 **特別セミナー:前十字靭帯断裂の診断と治療**
 『前十字靭帯断裂の治療:一般開業医の選択』
 講師:櫻田 晃 先生(さくらだ動物病院)
 16:30-16:45 総括

実 習 <協力:ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)> 7F 多目的ホール

- * 実習のお申込みは、事前登録をされた方に限ります。(必ず午前中の講義を受講して下さい)
 13:40-13:50 Audio-Video Demonstration(DCP 圧迫プレート固定法)
 13:50-14:30 大型犬橈骨骨幹部単純横骨折に対する DCP を用いた圧迫プレート固定法
 14:40-14:50 Audio-Video Demonstration(ラグスクリュー固定法およびロッキングプレート)
 14:50-15:40 大型犬脛骨骨幹部単純斜骨折に対するラグスクリュー法および
 LCP を用いた中和保護プレート法
 15:40-16:00 総括

講義・実習申込方法

	会員 (個人 A 会員の病院に 勤務する獣医師含む)	非会員	学生	動物臨床医学研究所 カンファレンスメンバー
事前登録	2,000 円	5,000 円	2,000 円	無料
別途:実習費	20,000 円	25,000 円		10,000 円
当日登録	4,000 円	7,000 円	4,000 円	

- * 講義事前登録振込先: 郵便振込 01440-2-15014 (公財)動物臨床医学研究所 セミナー事業部 宛
 * お振込みと同時に、別紙必要事項を E-mail 又は FAX にて送信下さい。(別紙が無い場合は事務局までご連絡下さい)
 * 実習のお申込みは講義の事前登録をされた方に限ります(当日登録不可)。
 * 実習費は、当日領収させて頂きます(講義の事前登録と合算してのお振込みは不要です)。
 * 実習は先着順です(定員 18 名)。定員になり次第締め切らせて頂きます。定員に漏れた場合は、事前に当方よりご連絡申し上げます。

事前登録、実習申込締切:2019 年 2 月 13 日(水)

主催:公益財団法人 動物臨床医学研究所

事務局連絡先 〒682-0025 鳥取県倉吉市八屋 214-10

TEL:0858-26-0851 FAX:0858-26-2158

E-mail:dorinken@apionet.or.jp

(公財)動物臨床医学研究所
 <2月度合同カンファレンス>

参加申込用紙

E-mail 又は FAX にてお申込み下さい。

E-mail: dorinken@apionet.or.jp

FAX: 0858-26-2158

◆事前登録お振込み及び、実習申込締切:2019年2月13日(水)

	申込区分及び 事前登録料	お振込み金額	実 習
お名前: _____	<input type="checkbox"/> 会 員 (2,000 円) <input type="checkbox"/> 非会員 (5,000 円) <input type="checkbox"/> 学 生 (2,000 円) <input type="checkbox"/> カンファレンス メンバー(無料)	_____ 円 * 同封の振込用紙にて お振込み下さい。	<input type="checkbox"/> 参加希望 *振込不要。当日領収させていただきます。
御所属(病院名): _____			<input type="checkbox"/> 参加希望しない
お名前: _____	<input type="checkbox"/> 会 員 (2,000 円) <input type="checkbox"/> 非会員 (5,000 円) <input type="checkbox"/> 学 生 (2,000 円) <input type="checkbox"/> カンファレンス メンバー(無料)	_____ 円 * 同封の振込用紙にて お振込み下さい。	<input type="checkbox"/> 参加希望 *振込不要。当日領収させていただきます。
御所属(病院名): _____			<input type="checkbox"/> 参加希望しない

実習を定員内にお申し込み頂きました場合に連絡を取らせて頂くため、下記を必ずご記入下さい。

申込代表者氏名:	
御所属:	
〒	
ご連絡先:	
TEL:	FAX:
E-mail:	

*ご記入頂きました個人情報は、他の目的で利用することはありません。