

# 関節エコー教育研修会 e-mail/FAX申込用紙

第1回日本リウマチ学会関東支部主催関節エコー教育研修会  
事務局  
筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻臨床免疫学  
住田孝之(秘書 辻奈津子)宛  
e-mail: [riumachi@md.tsukuba.ac.jp](mailto:riumachi@md.tsukuba.ac.jp)  
FAX: 029-853-3222

12月12日(日) 9:10~12:10 東京ステーションコンファレンス 6階

9:10 開催の挨拶  
9:15-9:20 注意事項の説明  
9:20-9:50 ミニレクチャー  
10:00-11:00 実技指導  
11:10-12:10 実技指導  
12:10- 閉会

実技対象: 関節リウマチ患者8名  
インストラクター: 日本リウマチ学会超音波標準化・教育研修委員会委員を中心に8名

参加費 3,000 円が必要となります。(当日お支払いください。)  
この申込み用紙にご記入の後、上記の FAX 番号までお送りください。  
申し込みは先着順で、定員(32名)に達し次第締め切りとさせていただきます。

ご所属			
	医師	検査技師	その他( )
ふりがな			
ご芳名			
ご住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
E-Mail			
連絡事項	講習会でのご希望など(ご希望に十分お答えできない場合もありますのでご了承ください)		