

令和3年2月熊本県臨床整形外科医会教育研修講演会（ハイブリッド形式）開催案内

拝啓 寒中の候、会員の先生方におかれましてはますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素より KCOA の活動に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、下記のとおり、令和3年2月の教育研修講演会をハイブリッド形式で開催いたします。

つきましては、「会場（集団形式）」「Web（個別形式）」ともに事前申込制となりますので、参加をご希望される先生は別紙の参加申込書に必要事項をご記入の上、**2月5日（金）までに FAX** でお申込みください。

なお、Web で参加の場合は、事務局側が**（1）視聴に使用する ZOOM へのアクセスログ、（2）カメラ（ビデオ）オン状態、（3）研修会受講料振込み**、以上3点を確認できた先生のみ、日本整形外科学会に単位申請の手続きを行います。**（1）と（2）が確認できても受講料の入金が確認できない場合は、単位申請の手続きができませんのでご注意ください。**

また、会場での参加におきましても、「3密」を避けるために参加人数を把握したいと思っておりますので、事前申込みにご協力をお願いいたします。

敬具

記

日 時：令和3年2月13日（土）18時00分～20時00分

会 場：ホテル日航熊本 5階「天草」

熊本市中央区上通町2-1 TEL. 096-211-1111

【特別講演Ⅰ】

演題：「関節リウマチ診療における JAK 製剤の位置づけ～フィルゴチニブの有効性・安全性～」

講師：名古屋大学医学部附属病院 整形外科 診療教授 小嶋 俊久 先生

日整会単位：[6]リウマチ性疾患、感染症、又は[R]リウマチ

日本リウマチ学会：1単位

【特別講演Ⅱ】

演題：「人工膝関節置換術の臨床」

演者：大分大学医学部 整形外科学教室 教授 津村 弘 先生

日整会単位：[12]膝・足関節・足疾患、[13]リハビリテーション、又は[Re]運動器リハビリ

日本リウマチ学会：1単位

以上

担当：松原三郎（松原リウマチ科・整形外科）

TEL:096-214-0551 FAX:096-214-0552

ハイブリッド形式の教育研修講演会へ参加する場合の注意事項

以下の注意事項を必ずお読みください。

《Web（個別形式）での視聴を希望する場合の注意事項》

1. 研修会の前日までに専用の URL を送信しますので、配信を希望するメールアドレスを事前にお知らせください。
2. ZOOM ミーティングへは、必ず受講者本人の名前で入室してください（本人視聴確認に必要）。
3. 必ず視聴するパソコン等のカメラ（ビデオ）を「オン」にしてご参加ください。途中でカメラ（ビデオ）をオフにする、あるいは途中退室は認められません。

（注） Web での参加は、日整会から、カメラ（ビデオ）のオン及び受講開始と受講終了の時刻のログ等、出席状況を主催者が確認・管理することを求められております。視聴が確認できない場合には単位が認められませんので、ご注意ください。

4. 受講料振込期限：研修会終了後 2月22日（月）まで（単位取得の有無に関係なく）。

（注） 研修会終了後2週間以内に日整会に単位申請する必要があることから、期限までにお振込みの確認ができない場合は、日整会への単位申請の手続きができません。

お振込みの名義は、先生個人のお名前でお願います（入金確認をスムーズに行うため）。

金融機関：肥後銀行 大津支店

口座番号：普通預金 2150702

カモトケンリョウセイケガカイ ｲｸﾗｺﾞｲ

口座名義：熊本県臨床整形外科医会 岩倉雄一郎

《会場（集団形式）での視聴を希望する場合の注意事項》

1. ハイブリッド形式で研修会を開催する場合は、従来の日整会の ID カードを使った単位申請ができませんので、別紙の参加申込書に必要事項をご記入の上、事前にお申し込みください。
2. 受講料は、従来どおり会場受付にて徴収いたします（単位取得の有無に関係なく）。
3. 会場での研修会は、新型コロナウイルス感染症の蔓延防止のために定員を原則 50 名とさせていただきます。定員を超過した場合は、聴講をお断りすることもございますので、ご了承ください。

なお、参加をご希望される先生は下記の点に十分ご注意ください。

(1) 研修会会場では、必ずマスクを着用する

(2) 受講者本人あるいは同居の家族が以下の条件を1つでも満たす場合には、会場での研修会には参加しない。

ア 発熱、咳、たん、咽頭痛、呼吸苦、筋肉痛、倦怠感、嘔気、下痢、嗅覚障害、味覚障害

イ 海外からの入国歴（14日以内）

ウ 新型コロナウイルス感染症患者との接触歴（14日以内）

エ 海外からの入国後14日を経過していない者との濃厚接触歴（14日以内）

以上、ご理解とご協力をお願いいたします。

(別紙)

FAX 送信先：096-214-0552 (松原リウマチ科・整形外科)

教育研修講演会への参加を希望される先生は、以下の項目について必要事項をご記入の上、期限までにお申し込みください。

申込期限：令和3年2月5日(金)

熊本県臨床整形外科医会会長 殿

令和3年2月13日 教育研修講演会参加申込書

【共通項目】

1. 参加方法 (いずれかに○)： (1) Web 視聴 (個別形式) (2) 会場視聴 (集団形式)

2. ^{フリガナ} 受講者氏名： _____

3. 医療機関名： _____

4. 電話番号： _____

5. 聴講希望講演 (希望する番号に○)： (1) 特別講演 I (2) 特別講演 II

6. 単位取得希望講演 (希望する番号に○)

■ 日本整形外科学会： (1) 特別講演 I (2) 特別講演 II (3) 単位希望しない

■ 日本リウマチ学会： (1) 特別講演 I (2) 特別講演 II (3) 単位希望しない

7. 日整会会員 ID (6桁の数字)： _____

【Web (個別形式) での視聴を希望する場合】

1. 専用 URL の配信を希望するメールアドレスをご記入ください。

メールアドレス (_____ @ _____)

(注) メールアドレスが判読できない場合は URL の配信ができませんので、丁寧にご記入いただきますようお願いいたします。

以上