

平成 30 年 1 月 吉日

(公社)佐賀県理学療法士会 会員様

(公社) 佐賀県理学療法士会主催



鳥栖広域部 症例検討会のご案内

(担当) 地区担当局鳥栖広域部 倉富 弘希

拝啓

皆様方においては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

平素より、県士会活動にご協力とご理解をいただき、誠にありがとうございます。地区での今年度 2 回目の症例検討会を企画いたしましたので、お知らせいたします。皆様のご参加をお願いいたします。

敬具

記

日 時：平成 30 年 2 月 9 日（金） 19：00～20：00（受付 18：45～）

会 場：医療法人社団如水会 今村病院 新館 6F 研修室 （鳥栖市轟木町 1523-6）

対 象：(公社)佐賀県理学療法士会会員、関連する他職種

参加費：(公社)佐賀県理学療法士会会員：無料 他職種・他県士会員：無料
会員外の理学療法士 10,000 円

内 容：

症例検討会(19:00～19:50)

司会・座長：今村病院 理学療法士 倉富 弘希

演題名及び発表者

① 「小転子裂離骨折の症例を経験して(仮題)」

医療法人社団如水会 今村病院 理学療法士 月成 太 氏

演題は 10 分程度で発表していただき、その後に質疑応答を行いながら、参加者でグループワークを行い、皆様に検討していきます。1 症例あたり、発表・グループワークで 45 分程度を予定しています。

備 考：この症例検討会は、専門・認定理学療法士のポイント対象、新プロの単位対象ではありません。ただし、発表者に関しては、事前に座長に発表内容を提出し、座長による査読が行われた場合に限り新人教育プログラムの C-6：症例発表の単位が取得できます

申込方法：メールにて件名を「鳥栖症例検討会参加」として、①会員番号（他職種は職種、申請中は申請中と明記）②氏名（フリガナ）③所属先（他県士会員は県名も）④連絡先（e-mail、TEL）⑤経験年数 を記載してください。

申 込 先：e-mail の宛先 sagapt_east@yahoo.co.jp

締め切り：1 月 31 日(水)まで

以上

問合せ先：地区担当局鳥栖広域部

医療法人社団如水会 今村病院 リハビリテーション室 倉富 弘希

e-mail:sagapt_east@yahoo.co.jp TEL:0942-82-5550(代表)