

「小児アレルギー疾患のすべて!」

平成24年度 厚生労働省難治性疾患等克服研究推進事業

**リウマチ・アレルギー
シンポジウムPart2**
KUMAMOTO

2013年1月26日(土)

開場/12:30

講演/13:00~16:30

対象/患者さんおよびご家族

医療・保健・学校関係者

会場/くまもと森都心プラザホール

パネルディスカッション 15:30~16:30

テーマ:「小児アレルギー疾患のすべて!」

コーディネーター:

秋山 一男

(独立行政法人国立病院機構 相模原病院 院長 / 臨床研究センター長)

パネリスト:

小田嶋 博

(独立行政法人国立病院機構 福岡病院 副院長)

福島 聡

(熊本大学医学部附属病院 皮膚科 講師)

緒方 美佳

(独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター 小児科)

園部 まり子

(特定非営利活動法人 アレルギーを考える母の会 代表)

★日本アレルギー学会 認定医・認定専門医教育研修講座
本シンポジウムは、日本アレルギー学会認定医・認定専門医
制度規定に基づき2単位となり、当日会場にて受付します。
(受講証を発行します。)

公開講座 13:00~16:30

テーマ:「小児アレルギー疾患のすべて!」

講演 13:05~15:20

司会:秋山 一男

(独立行政法人国立病院機構 相模原病院 院長 / 臨床研究センター長)

1.「小児アレルギーと小児喘息のすべて」

小田嶋 博

(独立行政法人国立病院機構 福岡病院 副院長)

2.「アトピー性皮膚炎のすべて」

福島 聡

(熊本大学医学部附属病院皮膚科 講師)

3.「食物アレルギーのすべて」

緒方 美佳

(独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター 小児科)

**入場
無料**

定員489名様

参加を希望される皆様へ!

下記の方法にて事務局までお申込み
ください。

●インターネットでお申込みの場合

ホームページ <http://www.sympto.jp> にアクセスして
いただき、申込みコーナーよりお申込みください。

●ファックスでお申込みの場合

裏面の受講申込書(FAX送信用)に内容をご記入の上、
FAX(03-3836-3642)してください。

●電話でお申込みの場合

裏面の受講申込み内容をお電話(03-3836-3663)で
お申込みください。(受付時間:平日の午前10時~午後5時)

●ハガキでお申込みの場合

ハガキに受講申込み内容をご記入の上、下記にご郵送ください。
財団法人日本予防医学協会
リウマチ・アレルギーシンポジウムPart2事務局
〒135-0001 東京都江東区毛利1-19-10 江間忠ビル

●申込期限:平成25年1月22日(火)午後5時まで(ハガキの場合は当日消印有効)

●定員:489名様(定員を越す参加申込みの場合は、先着順にて締め切らせていただきます。)

*託児をご希望の方は「くまもと森都心プラザ」の託児室をご利用いただけます。

託児室のお申込は事前に直接(096-355-7400)お申込ください。(有料¥500/時間、3時間まで)

お問い合わせ

財団法人日本予防医学協会

リウマチ・アレルギーシンポジウムPart2事務局

TEL: 03-3836-3663(お電話でのお問い合わせは、平日の午前10時から午後5時まで)

ホームページ <http://www.sympto.jp>

主催:財団法人日本予防医学協会

後援:熊本県・熊本市・熊本県教育委員会・熊本市教育委員会

熊本県学校保健会・熊本県PTA連合会

くまもと森都心
プラザホール
熊本県熊本市春日1-14-1
電話 096-355-7400

■交通

JRでお越しの場合:JR熊本駅白川口(東口)正面

バスでお越しの場合:熊本駅前バス停下車(交通センターからの所要時間約10分)

市電でお越しの場合:熊本市電A系統(田崎橋~健軍町)熊本駅前電停下車

自家用車でのご来場はご遠慮ください。

(駐車場は公共施設兼用で会場専用駐車場はございません)



↑ FAX.03-3836-3642 ↑

TO:財団法人日本予防医学協会内 リウマチ・アレルギーシンポジウム Part2 事務局

リウマチ・アレルギーシンポジウム part2(熊本) 受講申込書

日時:2013年**1月26日**(土) 13:00~16:30

会場:くまもと森都心プラザホール

対 象 / 患者さん及びご家族
医療・保健・学校関係者

公開講座 / 13:00~16:30

【講 演】13:05~15:20

【パネルディスカッション】15:30~16:30

申込日 平成 年 月 日

「リウマチ・アレルギーシンポジウムPart2(熊本)」に参加申し込みます。

参加希望人数()名

ふりがな

お名前:

性 別: 男 ・ 女 年 齢: 才

職 業: 患者さん及びご家族

医療・保健 { 医師 / 看護師 / 保健師 / 管理栄養士 / 小学校養護教諭 /
学校関係者 { 看護学校生 / 薬剤師 / 理学療法士 / 他() }

ご住所: (〒 -)

TEL:

FAX:

E-mailアドレス:

※ご質問のある方は具体的にご記入ください。当日のパネルディスカッションの資料とさせていただきます。

- 定員を越す参加申込みの場合は、先着順にて締め切らせていただきます。(後日、受講証を発送いたします。)
- ファックス申込みの場合:上記内容にご記入の上お申込みください。
- ご記入いただいた個人情報、本事業目的以外での使用はいたしません。



E690001(01)