

「リウマチは ここまでよくなる!」

平成21年度 厚生労働省免疫アレルギー疾患予防・治療研究推進事業

リウマチ・アレルギー シンポジウムPart2 SENDAI

2009年12月5日(土)

開場/12:30

講演/13:00~16:30

対象/患者さんおよびご家族

医療関係者

会場/仙台国際センター 大会議室「橘」

[日本リウマチ学会・認定医教育研修講座]
[日本リウマチ財団・登録医教育研修講座]

●公開講座● 13:00~16:30

テーマ:
「リウマチはここまでよくなる!」

【講演】 13:10~15:10

司会:宮坂 信之

(東京医科歯科大学 膠原病・リウマチ内科 教授)

1.「炎症を抑えるくすり:消炎鎮痛薬・ステロイド」

小寺 隆雄

(東北厚生年金病院 リウマチ膠原病センター 主任部長)

2.「リウマチの専門薬:抗リウマチ薬」

平林 泰彦

(光ヶ丘スベルマン病院 リウマチ膠原病内科 部長)

3.「関節破壊を止めるくすり:生物学的製剤」

竹内 勤

(慶應義塾大学 リウマチ内科 教授)

4.「リウマチの理学療法」

力丸 陽

(公立黒川病院 院長 整形外科)

Part1「お母さん悩まないで! ~知ってほしい食物アレルギーのすべて~」は13日(日)、同会場において午後13時より開催。

【パネルディスカッション】 15:30~16:30

テーマ:「リウマチはここまでよくなる!」

コーディネーター:

安倍 達

(埼玉医科大学総合医療センター 名誉所長)

宮坂 信之

(東京医科歯科大学 膠原病・リウマチ内科 教授)

パネリスト:

小寺 隆雄

(東北厚生年金病院 リウマチ膠原病センター 主任部長)

平林 泰彦

(光ヶ丘スベルマン病院 リウマチ膠原病内科 部長)

竹内 勤

(慶應義塾大学 リウマチ内科 教授)

力丸 陽

(公立黒川病院 院長 整形外科)

長谷川 三枝子

(社団法人 日本リウマチ友の会 会長)

★登録医・認定医教育研修講座:

日本リウマチ財団登録医単位・日本リウマチ学会認定単位として
2単位が認められます。(日本リウマチ財団証明書発行料 2,000円)

入場
無料

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。

定員500名様

●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。

●ファックスおよびハガキでお申込みの場合

①氏名(ふりがな) ②年齢 ③性別 ④職業 ⑤住所(郵便番号)
⑥電話・FAX番号 ⑦E-mailアドレス ⑧参加希望人数 ⑨ご質問など、
以上①~⑨の内容をご記入の上、下記送付先までお送りください。

送付先: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 FAX: 022-211-6657

※お申込みが、定員(500名様)を超えた場合は、先着順にて締め切らせていただきます。

●申込期限:平成21年12月2日(水)午後6時まで、または当日消印有効

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: 022-211-6656 (お電話でのお問い合わせは、平日の午前9時~午後6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

仙台国際センター 会場案内図



〒980-0856 仙台市青葉区青葉山 TEL 022-265-2211

●交通/交通:市営バス 博物館・国際センター前 下車 徒歩1分
※駐車場は台数に限りがありますので、バス・タクシーのご利用をお願いいたします。

↑ **FAX.022-211-6657** ↑

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 (仙台) 受講申込書

日時: 平成21年 **12月5日** (土) 13:00~16:30

会場: 仙台国際センター 大会議室「橘」

対 象 / 患者さんおよびご家族
医療関係者

公開講座 / 13:00~16:30

【講 演】13:10~15:10

【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 (仙台)」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: ☐ 患者さんおよびご家族

☐ 医療関係者 { ☐ 医師 / ☐ 看護師 / ☐ 保健師 / ☐ 管理栄養士 / ☐ 小学校養護教諭 /
☐ 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。

- 定員を超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は、本事業目的以外での使用はいたしません。