

ランチョンセミナーのご案内

大会期間中、昼食付きセミナーを企画しております、是非ご参加下さい。

- 郵便振込での事前登録をされる場合、振込用紙のセミナー希望欄にご記入下さい。
- ウェブサイトからの事前登録をされる場合、登録時に併せてお申し込み下さい。
- セミナーのみの受付は出来ません。

お申し込み前にご確認下さい

- 事前登録時に希望するセミナーをご記入下さい。(第3希望まで) 先着順のため、ご希望に添えない場合もございます。
- お申し込み受付は獣医師を優先とさせていただきますこと、ご了承下さいませようお願い致します。
- 企業関係者のお申し込みはお断りさせて頂く場合がございます。ご了承下さいませようお願い致します。
- 定員内にお申し込みを頂きました場合は、事前に受付通知書(弁当引換券など)を送付させていただきます。当日その受付通知書を必ずご持参下さい。
- セミナー開始から15分経過しても出席が確認されない場合は、欠席とみなし、他の参加希望者にお弁当をお譲り致します。

■ランチョンセミナー (企業による昼食付きセミナー) 獣医師優先・2-7のみ看護師向け

*各セミナーの内容につきましては、開催案内をご参照下さい。

17日(土) 12:15 ~ 13:15		
1-1	動物のいたみ研究会	定員 100名
1-2	興和(株)	定員 100名
1-3	ライオン商事(株)	定員 100名
1-4	動物アレルギー検査(株)	定員 80名
1-5	(株)インターベット	定員 80名
1-6	東栄新薬(株)	定員 80名
1-7	(株)サスティナコンサルティング	定員 80名
1-8	大扇産業(株) / 日本全薬工業(株)	定員 100名
1-9	ゾエティス・ジャパン(株)	定員 100名
1-A	17日(土)に残席のあるセミナーを希望	

18日(日) 12:00 ~ 13:00		
2-1	富士フイルム(株) 富士フイルムメディカル(株) 富士フイルムモノリス(株)	定員 100名
2-2	小動物臨床栄養学研究会	定員 100名
2-3	マースジャパンリミテッド	定員 100名
2-4	(株)シード	定員 80名
2-5	OAR. LLC	定員 80名
2-6	獣医医療開発(株)	定員 80名
2-7	[動物看護師向] ベリンガーインゲルハムアニマルヘルスジャパン(株)	定員 80名
2-8	カネカユアヘルスケア(株)	定員 100名
2-9	キヤノン医療用品(株)	定員 100名
2-B	18日(日)に残席のあるセミナーを希望	

裏面もご覧下さい。ドライラボ実習の参加申込書 ➡



第 39 回動物臨床医学会年次大会 事務局 行 有料セミナー（ドライラボ）参加申込書

* 内容の詳細につきましては開催案内をご参照ください。

* 受講には別途、年次大会参加登録が必要となります。

* 定員になり次第、受付は終了させていただきます。

〔運動器分科会〕ドライラボ実習	
①	②
<p><協力：ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)> 日 時：11月16日(金)15:00～19:40 第8会場(10F:1005) 内 容：猫の大腿骨骨幹部骨折及びトイ犬種の橈尺骨遠位端骨折に対するロッキングプレート法 座 長：望月 学 (東京大学) 講 師：櫻田 晃 (さくらだ動物病院) 戸次辰朗 (ネオベッツ VR センター) アシスタント：井野寛之 (にいほま動物病院) 東条吉晃 (東条動物病院) 前田史彦 (前田動物病院) 定 員：18名 受講料：50,000円 (骨模型 LCP1.5mm インプラント代込)</p>	<p><協力：(株)日立製作所> 日 時：11月17日(土)13:45～16:00 第17会場(8F:805) 内 容：明日からできる！膝関節の運動器エコーハンズオンセミナー 講 師：本阿彌宗紀 (東京大学) 定 員：18名 受講料：8,000円</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>下記講義を聴講してください。 日 時：11月17日(土)9:15～11:30 第10会場(10F:1007) 内 容：〔運動器分科会〕跛行診断パラダイムシフト！運動器エコーで何が変わったか？ 講 師：本阿彌宗紀 (東京大学)</p>

〔消化器分科会〕内視鏡ドライラボ実習	
③	
<p><協力：(株)AVS> 日 時：11月17日(土)13:45～16:00 第15会場(8F:803) 内 容：内視鏡検査の基本手技</p>	<p>講師：亘 敏広 (日本大学) 定 員：9名 受講料：8,000円</p>



お申込み日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

ご希望ドライラボ No. 上記 ①～③ からお選び下さい	
---------------------------------	--

お 名 前			
ローマ字 姓		ローマ字 名	
病 院 名			

ご 連 絡 先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 * <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい。		
住 所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

* FAX 受付後お振込手続きについてご連絡をさせていただきます。

お問合せ先：動物臨床医学会（公益財団法人 動物臨床医学研究所内）
 〒 682-0025 鳥取県倉吉市八屋 214-10
 TEL：0858-26-0851 E-mail：dorinken@apionet.or.jp

裏面もご覧下さい。ランチョンセミナーのご案内 ➡