

## 「広島地区リウマチ教育研修会」のご案内

謹啓 新緑の候、先生各位におかれましては、益々御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、(財)日本リウマチ財団では、リウマチ知識向上のため毎年各地区で教育研修会を開催しております。この度、広島市におきまして標題研修会をファイザー株式会社との共催により、下記の要領で開催することとなりました。

ご存知のとおり当研修会の受講は、日本リウマチ財団リウマチ登録医として資格取得・維持条件のひとつにもなります。研修会プログラムはリウマチ性疾患全般ならびに関節リウマチの診断から治療に至る最新の話題に関して講演を頂く予定です。

ご多用のこととは存じますが、万障お繰り合わせの上、ご参集下さいますようお願い申し上げます。

謹白

財団法人 日本リウマチ財団

平成 20 年 5 月 吉日

### 記

開催日時：平成 20 年 8 月 24 日（日）9 時 00 分～16 時 00 分

開催場所：ホテルグランヴィア広島 4 階「悠久」

広島市南区松原町 1-5（JR 広島駅新幹線口）

Tel. (082) 262-1111

世話人：山名 征三 東広島記念病院リウマチ・膠原病センター院長

水関 隆也 広島県立障害者リハビリテーションセンター医療センター長

共催：財団法人 日本リウマチ財団、ファイザー株式会社

後援：日本リウマチ学会、広島県医師会（申請中）

受講料：一般医 10,000 円

日本リウマチ財団登録医 7,000 円

※テキスト及びガイドライン購入希望者は当日受付にて別途販売いたします。

（基本テキスト第 2 版 5,000 円/ガイドライン 登録医 4,700 円 一般医 5,250 円）

単位数：6 単位（日本リウマチ財団登録医）

日本リウマチ学会専門医単位 3 単位 （1 単位 1,000 円）

日本整形外科学会教育研修単位 4 単位 （1 単位 1,000 円）

日本医師会生涯教育単位 3 単位 （申請中）

申込方法：適宜用紙に氏名、勤務先、科名、連絡先住所、電話番号、また日本リウマチ財団登録医は登録番号をご記入の上、返信用封筒（80 円切手を貼付、送付先を記入）を同封の上、  
**8 月 11 日（月）まで**に下記へ申し込みください。

\*受講票は 7 月上旬を目処に発送いたします。

申込先：東広島記念病院リウマチ・膠原病センター 院長 山名 征三 宛

〒739-0002 広島県東広島市西条町吉行 2214 番地

TEL 082(423)6661

以上

## 広島地区リウマチ教育研修会プログラム

日 時 : 平成 20 年 8 月 24 日 (日) 9:00~16:00  
 会 場 : ホテルグランヴィア広島 4 階 「悠久」  
 世 話 人 : 山名 征三 東広島記念病院リウマチ・膠原病センター院長  
           水関 隆也 広島県立障害者リハビリテーションセンター医療センター長  
 単 位 : 日本リウマチ財団登録医 6 単位、日本リウマチ学会専門医単位 3 単位、  
           日本整形外科学会教育研修単位 4 単位、日本医師会生涯教育単位 3 単位

9:00~09:05	開会の辞 医師会長挨拶 (予定) 教育研修会の趣旨	山名 征三 世話人 碓井 静照 会長 森 眞一 日本リウマチ財団専務理事
座 長	世話人	広島県立障害者リハビリテーションセンター 水関 隆也 医療センター長
9:05~10:05	①リウマチ手の手術で何が与えられるか 広島県立障害者リハビリテーションセンター	水関 隆也 医療センター長
10:05~11:05	②TNF $\alpha$ 製剤と手術療法	山梨大学大学院医学工学総合研究部 整形外科学講座 浜田 良機 教授
11:05~12:05	③開業医の立場でのリウマチ診療	宇多津クリニック 倉田 典之 理事長
12:05~13:00	昼 食 (55 分)	
座 長	世話人	東広島記念病院 リウマチ・膠原病センター リウマチ科 山名 征三 院長
13:00~14:00	④新規生物学的製剤トシリズマブについて (基礎から臨床まで) 大阪大学先端科学イノベーションセンター	吉崎 和幸 客員教授 医療法人徳州会 顧問
14:00~15:00	⑤リウマチ性疾患と肺病変 日本赤十字社医療センター	猪熊 茂子 リウマチセンター長
15:00~16:00	⑥ベーチェット病のレミケード治療の効果 東広島記念病院	リウマチ・膠原病センター リウマチ科 山名 征三 院長
	閉会の辞	水関 隆也 世話人

共催 : 財団法人 日本リウマチ財団/ファイザー株式会社  
 後援 : 日本リウマチ学会、広島県医師会 (予定)

## 「広島地区リウマチ教育研修会」参加申込書

※氏名	
※勤務先	
※所属科名	
※連絡先住所(受講票送付先住所)	
〒	
都道	市町
府県	村区
※連絡先電話番号	
(日本リウマチ財団登録医は記載下さい。)	
登録番号	

※ 8月10日までに、同封の返信封筒にて返信いただきますようお願いいたします。

※ 受講票は、7月上旬順次発送いたします。