

第19回神戸血管エコーセミナー

セミナー内容のご案内：

近年、生活習慣病の増加や高齢化社会の到来により、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、虚血性心疾患などが増加傾向にあります。また、静脈血栓・塞栓症、下肢静脈瘤などの静脈疾患、腎動脈狭窄などにも関心が高まっています。

これらのことから、非侵襲的かつ簡便な血管エコー検査の重要性が叫ばれており、実際の検査では、より正確に病変を抽出する必要があります。

本セミナーでは少人数性のハンズオンを中心に、初めての方もスクリーニング検査ができるまでになることを目的とし、併せて実際の臨床の現場で遭遇する疾患の症例を解説します。

日時

令和元年 **7** 月 **13** 日（土曜日）

9 : 30 ~ 16 : 30

（受付：9 : 00 ~）

会場

宮野医療器 神戸本社 大倉山別館 6F ホール
神戸市中央区楠町 2-3-11

TEL 078-371-2227 URL <http://miyano.jp>

講師・インストラクター

日本超音波医学会専門医・指導医

日本脈管学会専門医

日本超音波医学会超音波検査士（血管，循環器）

血管診療技師（CVT）

脳神経超音波検査士

参加費： (a)～(d)コース 15,000 円
(CVT 単位：5 単位取得可能)

共催：宮野医療器株式会社／キャノンメディカルシステムズ株式会社／株式会社日立製作所

GEヘルスケアジャパン株式会社

血管エコーコース (a)頸動脈エコー (b)下肢静脈エコー
(c)下肢動脈エコー (d)腎動脈エコー

神戸血管エコーセミナー参加申込書

FAX.078-302-9302

(ご注意事項)

- ※ 定員になり次第締め切らせていただきます。
- ※ 複数名でお申し込みの場合は、お手数ですが、下記申込書部分をコピーの上、お1人ずつお申し込み下さい。
- ※ 参加お申し込みいただいた方には、後日、「受講票」をご送付申し上げますので、当日ご持参の上、受付にてご提示ください。

お申し込み日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前

所属ご施設名

ご連絡先

〒 —

勤務先・自宅

いずれかに○をお付けください

電話番号

()

—

FAX

()

—

※E-Mailアドレス (必須)

※受講票は E-Mailにてお送り致しますので必ずご記入ください。

希望コース

(通常コースは1領域のみの受講になります。ぜひこの領域を希望という場合は、第一希望のみ記載してください。)

第一希望 () 第二希望 ()

テーブル振り分けのためのアンケートにご協力ください。

血管エコー経験年数 () C V T取得の有無 ()

お問い合わせ先

宮野医療器株式会社

担当：南前、菅原 アシスタント：杉村

TEL：078-302-7055 FAX：078-302-9302

お申込みに際しての同意事項

お申し込みの際にご記入いただくお客様の個人情報は、当セミナーの受付業務にあたり名簿作成を行いお客様への対応をする上で必要なものです。申し込み頂いた個人情報につきましては、セミナー講師、共催各社へ提供する場合があります。また、お預かりした情報は、今後開催される各種イベント、セミナーのご案内や共催各社からの製品情報のご案内に、利用させていただくことがあります。ご案内が不要なお客様は、当社にご連絡いただければ電子メール、DMなどの送信発送を中止致します。当社では、記入していただいた情報を当社個人情報保護方針に則り適切に管理し、お客様の承諾なく上記以外の第三者に開示・提示することは有りません。