

第29回群馬県内科医会学術講演会

～臨床内科医会セミナー～

日時 平成29年 **11**月**9**日(木)
19:00～20:30 (受付開始18:30～)

会場 **前橋マーキュリーホテル 本館 2階「紫宸の間」**
〒371-0847 群馬県前橋市大友町3-24-1 Tel 027-252-0111

共催 群馬県内科医会 ギリアド・サイエンシズ株式会社

後援 一般社団法人日本臨床内科医会

認定 日本臨床内科医会認定医・専門医制度5単位
日本医師会生涯教育制度1.5単位

CC: 1 「医師のプロフェッショナリズム」(教育講演)

CC: 5 「心理社会的アプローチ」(特別講演)

CC: 15 「臨床問題解決のプロセス」(特別講演)

PROGRAM

教育講演 19:00～19:30

群馬大学医学部附属病院腫瘍センターについて

座長 **矢野 新太郎** 先生 前橋広瀬川クリニック 分院院長

演者 **塚本 憲史** 先生 群馬大学医学部附属病院 腫瘍センター長

特別講演 19:30～20:30

ウイルス肝炎に関する最新の知識

座長 **山田 俊彦** 先生 山田内科クリニック 院長

演者 **佐藤 賢** 先生 群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 講師

本会終了後、情報交換会をご用意しております。

お申し込み

参加ご希望の先生は裏面の参加申込票にご記入のうえFAXにてご返信ください。

お問合せ先

C型肝炎セミナー事務局 (株式会社メディカルトリビューン内)

東京都港区虎ノ門 3-8-21 虎ノ門 33 森ビル 7F 〒105-0001

Tel 03-6841-4544 Fax 03-3779-2677

E-mail seminar@medical-tribune.co.jp

詳細はお問い合わせください。

受付時間／平日10:00～17:00

第29回群馬県内科医会学術講演会

～ 臨床内科医会セミナー ～

日時 平成29年11月9日(木)
19:00～20:30 (受付開始 18:30～)

会場 前橋マーキュリーホテル 本館 2階「紫宸の間」
〒371-0847 群馬県前橋市大友町3-24-1
Tel 027-252-0111

参加費無料

事務局 FAX ☎ 03-3779-2677

参加申込票

ふりがな

お名前 (歳)

ご所属	施設名
	診療科名 役職名
ご住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 [どちらかに チェックを お願いします]	〒
	Tel

タクシー手配	要 ・ 不要
--------	--------

どちらかに○	※非会員の場合はご記入ください(日医生涯教育1.5単位の申請に使用いたします)					
群馬県内科医会 会員 ・ 非会員	医籍 登録 番号					所属 郡市 医師会

下記のアンケートにご協力お願いいたします。

- 直近3ヶ月間でC型肝炎患者さんは何人いらっしゃいますか (人)
- そのうち下記治療をされている患者さんは何人いらっしゃいますか
①強ミノ・ウルソ等肝庇護療法 (人) ②その他 (人) ③治療していない (人)

個人情報 の 取 扱 い に つ い て	申込時にご記入いただきました個人情報につきましては、ギリアド・サイエンシズ株式会社において以下のように取り扱います。同意のうえ、お申し込みください。
	・利用目的 …………… 単位取得のための申請、製品情報提供、アンケート、各種セミナーのご案内に使用させていただくことがあります。
	・第三者への提供 …………… 法令の規定による場合を除き、第三者への提供はいたしません。ただし上記利用目的の範囲内で、共催・後援団体に対し情報を提供することがあります。
	・個人情報提供の任意性 …………… ご記入いただく個人情報はお申し込み者の任意ですが、ご記入がない場合、単位取得のための申請などができない場合があります。
	・個人情報の委託 …………… (株)フジプラス(情報セキュリティマネジメントシステムISO/IEC 27001認証取得)に委託しております。
	・個人情報の開示・訂正・削除 …………… 個人情報の開示・訂正・削除等のお問い合わせは、以下までご連絡ください。 個人情報保護管理者 ギリアド・サイエンシズ株式会社 HCVマーケティング アソシエイト・ディレクター 根本 享市郎

●楷書で明確にご記入の上、事務局までFAX頂ければ幸いです。