

会員各位

2018 年度 日本形成外科学会春季学術講習会のご案内（第 2 報）

2018 年 2 月
一般社団法人 日本形成外科学会
理事長 中塚 貴志
学術委員会
委員長 櫻井 裕之

2018 年度日本形成外科学会春季学術講習会を下記の要領で開催いたしますのでご案内申し上げます。

なお本開催会より，受講申し込み形成外科学会会員カードがご利用いただけます。詳細は，下記をご参照ください。会員各位の多数のご参加をお待ちしております。

※日本形成外科学会専門医または機構認定の形成外科領域専門医を受験予定の先生方には，受験に際し本春季学術講習会あるいは秋季学術講習会の受講履歴が計 4 回以上必要となります。ご注意ください。

記

1. 日 時：2018 年 4 月 10 日（火）13：00～17：15

2. 会 場：電気ビル 共創館 【第 2 会場】 みらいホール
〒810-0004 福岡県福岡市中央区渡辺通 2-1-82 4 階
TEL：0120-222-084
URL：http://www.c-linkage.co.jp/jsprs61/

3. 形 式：

テーマ『腫瘍』

(1) 「基底細胞癌の診断と治療」

東京女子医科大学八千代医療センター 形成外科 竹内 正樹 先生

(2) 「有棘細胞癌の診断と治療」

浜松医科大学 形成外科 藤原 雅雄 先生

(3) 「悪性黒色腫の診断と治療」

大分大学医学部附属病院 形成外科 上原 幸 先生

(4) 「悪性軟部腫瘍の診断と治療」

国立病院機構大阪医療センター 形成外科 吉龍 澄子 先生

4. 申し込み方法：

1) 形成外科学会会員カードでの Web お申し込み（推奨）

1. 日本形成外科学会 会員マイページへログイン
(<https://mypage.sasj2.net/jsprs/login>)
2. 会員マイページの専門医ページから「学術講習会申込」を選択
3. 形成外科学会会員カードのクレジットカード機能で決済し、申し込み受け付け完了
※カード決済は形成外科学会会員カードのみとなります。
4. 講習会当日は形成外科学会会員カードによる受け付けを行います。入室・退室時（2回）出席確認を行いますので、必ず形成外科学会会員カードを持参してください。
※レジユメは当日受付でお渡しいたします。
※受講履歴につきましては後日、入金・入室・退出の3点を確認ののち、会員マイページ上に反映されます。
※納入された受講料は原則として返金いたしません。予めご了承ください。
※形成外科学会会員カードでお申し込みされた場合、参加章の送付はございません。

【Web お申し込みに関する問い合わせ先】

日本形成外科学会 事務局 春恒社システム事業部宛
メール ftakasugi@shunkosha.com 電話 03-6273-8202

2) 郵送によるお申し込み

- ①申込用紙に必要事項をご記入のうえ、受講料（10,000円）を添えて現金書留でお申し込みください。1通の現金書留で複数人数分をお申し込みいただいてもかまいませんが、申込用紙は1名につき1枚を使用してください。
講習会当日は受講料を取り扱いたしません。また、一度前納された受講料は返却いたしませんので、予めご了承ください。
- ②送付先は下記のとおりです。

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル 9F
一般社団法人日本形成外科学会 学術講習会 宛
TEL：03-5287-6773

※レジユメは当日受付でお渡しいたします。

※受講証明書につきましては当日受講後にお渡しいたします。受講証明書の受け取りをもって受講履歴となりますので、忘れずにお受け取りください。

5. 定員：400名

※先着順に受け付けいたします。郵送によるお申し込みと比べ、形成外科学会会員カードでのお申し込みの方が早く受け付けされますので、ご留意のうえお申し込みください。

6. 申し込み締切：2018年3月16日（金）[必着（郵送の場合）]

※締め切りを超過したものは受け付けをいたしません。お早目にお申し込みください。

※講習会当日は申し込みの受け付けをいたしません。

7. 受講料：10,000円

学術委員会	
櫻井 裕之（委員長）	
漆館 聡志, 小川 令, 奥本 隆行, 片平 次郎, 加藤 久和, 久保 盾貴, 齊藤 晋	
清水 史明, 清水 雄介, 高木 誠司, 田中 里佳, 永竿 智久, 野口 昌彦, 福本 恵三	
松浦慎太郎, 松田 健, 松峯 元, 三川 信之, 横田 和典, 力久 直昭, 渡辺 頼勝	
	(五十音順)

以上

.....（きりとり線）.....

2018年度 日本形成外科学会 春季学術講習会 申込用紙	
フリガナ	会員番号
氏名	013 - □□□□ - □□□□
所属名	
参加章送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属（どちらかにチェックを必ず記載してください） 〒 TEL： FAX：

※楷書にてご記入願います。