

# 疼痛医療連携Webセミナー

日時

2023年 **12月15日** (金) 19:30~21:00

会場：東前橋整形外科病院 会議室 (席数に限りがございます)

ハイブリッド開催：会場またはオンライン(ZOOM)でご参加頂けます

日本医師会生涯教育講座 1.5単位

日本整形外科学会教育研修単位として、下記のいずれか1単位が取得できます

[7] 脊椎・脊髄疾患 [8] 神経・筋疾患 (末梢神経麻痺、疼痛関連を含む)

<講演 I> 19:30-20:00 (30分) CC12:地域医療 (0.5)

座長 群馬県立心臓血管センター 整形外科 鈴木 秀喜 先生

## 脊椎外科の取り組み・DXA連携について

東前橋整形外科病院 整形外科・脊椎センター 角田 大介 先生

<講演 II> 20:00-21:00 (60分) CC60:腰痛 (1.0)

座長 東前橋整形外科病院 副院長 脊椎外科センター長 真鍋 和 先生

## 神経障害性疼痛のメカニズムとその治療

愛知医科大学病院

疼痛緩和外科・痛みセンター 教授 牛田 享宏 先生

ご視聴を希望の際は、右の二次元コードまたは、裏面FAXより、事前登録をお願い申し上げます。

**推奨**：二次元コードによるお申込みについて

右の二次元コードを読み込みますと、右の二次元コードを読み込みますと、お申込みフォームが立ち上がります。

以下の必要事項を記載の上、お申込みください。



①ご氏名②メールアドレス③ご市町村名④ご施設名⑤ご職種⑥日整会単位取得希望⑦日整会会員番号⑧参加形式

**二次元コード申込期限：12月15日(金) 講演開始前まで**

当日は、ログインの際にご施設名およびご芳名のご入力をお願いいたします。

なお、事前登録頂きましたお名前、メールアドレス、およびログインいただきました情報等については、医薬品および医学薬学に関する情報提供のために利用させていただきますことがございます。ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。不明な点等が御座いましたら、担当者までお問合せください。

※日本整形外科学会の単位取得を希望される先生は、WEB視聴の際に講演IIで「カメラON」の状態での参加が必須となります。

以下は薬剤師の先生方へ群馬県病院薬剤師会からの連絡です。

- 本講演会はどなたでも参加できますが、講演会への参加にあたり、定員がある場合には、群馬県病院薬剤師会(以下、本会)会員を優先する場合があります。
- 本会非会員で日病薬病院薬学認定取得を希望される先生につきましては、開催日前日までに非会員参加費として2000円をお支払いください。お支払い方法は、群馬県病院薬剤師会(Gunmaibyoyaku-soc@umin.ac.jp)へお問い合わせください。
- 本講演会の20:00~21:00の視聴と、レポート提出により日病薬病院薬学認定V-2(0.5単位)の取得が可能です。なお、単位区分は申請時のもので日病薬での認定の際、変更になる場合もあります。
- 日病薬病院薬学認定単位取得を希望する場合には、講演終了後当日中にレポートを提出が必要です。レポートの提出先についてはグループフォームにて<https://forms.gle/kMDF9Mids8e2pF88>からお願い致します。レポート提出の際に登録するメールアドレスは、本講演会のログイン時(登録時)に使用したメールアドレスを登録してください。
- Web視聴の際に登録された、お名前、ご所属、メールアドレス、ログイン時刻、ログアウト時刻につきましては、単位申請及び認定シール送付目的のため本会へ情報提供させていただきます。それ以外の目的では使用致しません。

共催 第一三共株式会社 群馬県病院薬剤師会

後援 群馬県医師会

# 疼痛医療連携Webセミナー

日時

2023年 **12月15日** (金) 19:30~21:00

二次元コードによるお申込み(推奨)

- ① PC・スマートフォンから登録用URLにアクセスしてください
- ② 画面に従って、「先生のお名前、メールアドレス、ご施設名」を入力ください
- ③ 登録完了後に視聴用リンクがメールにて送付されます

※「お名前」を入力する際は「名」に苗字、「姓」に名前を入力してください。(例：名=山田、姓=太郎)  
※登録完了後、入力頂きましたメールアドレス宛に視聴URLが配信されます。



名\*  姓\*

メールアドレス\*  メールアドレスを再入力\*

ご施設\*  職種\*

その他を選択された職種  日整会単位取得\*

希望する 選ばれた方は会員番号を教えてください

参加形式\*  
 会場  
 WEB

日整会単位取得を希望される先生は  
『希望する』を選択し会員番号をご記入下さい

\* 必須情報

FAXによるお申込み 027-326-7726

ご施設名 \_\_\_\_\_ ご芳名 \_\_\_\_\_

Web参加      会場参加      (いずれかに○をお願いします)

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**FAX申込期限：12月14日(木)**

<お問い合わせ>

【E-mail】 tomaru.yoshinori.kh@daiichisankyo.co.jp

【担当者】 第一三共株式会社 前橋営業所 都丸 仁義