

一般社団法人 日本医療機器学会 主催

平成30年度MD I C更新ポイント取得セミナー

○福岡会場

開催日時：平成30年10月5日（金） 10:00～16:10

開催場所：福岡・ガスホール（パピヨン24・2F）
地下鉄箱崎線「千代県庁口」駅4番出口直結

募集定員：450名

○札幌会場

開催日時：平成30年10月28日（日） 10:00～16:10

開催場所：北海道情報大学・松尾記念館2F・講堂
JR野幌駅からJRバス「情報大学前」下車徒歩3分
クルマでの来場もできます。キャンパス内駐車場無料（予定）

募集定員：300名

○名古屋会場

開催日時：平成31年2月21日（木） 10:00～16:10

開催場所：今池ガスホール（今池ガスビル9F）
名古屋市営地下鉄東山線・桜通線「今池」駅下車10番出口直結

募集定員：300名

○東京会場

開催日時：平成31年3月7日（木） 10:00～16:10

開催場所：KFCホール（国際ファッションセンタービル3F）
都営地下越大江戸線「両国」駅下車 A1出口からすぐ
JR中央・総武線「両国」駅東口から徒歩6分

募集定員：400名

○大阪会場

開催日時：平成31年3月23日（土） 10:00～16:10

開催場所：大阪ビジネスパーク円形ホール
JR大阪環状線・京阪本線「京阪」駅から徒歩5分
地下鉄長堀鶴見線「大阪ビジネスパーク」駅から徒歩1分

募集定員：300名

(参加申込について)

参加費：5,000円(要事前申込、定員に空きがある場合のみ当日参加可)

申込方法は別紙に記載しております。

定員を超えた場合にはご容赦下さい。

申込締切日：各会場開催日の2週間前の17:00

(定員に達した場合は、締切日前に申込受付を終了します)

備考：20ポイント取得

(複数会場の受講による20ポイント以上の取得はできません)

~~~~~プログラム(敬称略)~~~~~

受付開始時間：9:30より開始(途中参加および中途退出はできません)

10:00~10:10 開催ご挨拶

10:10~11:20(70分)

1.「医療と進化」

定和会 神原病院・脳神経外科部長 加見谷将人

11:30~12:40(70分)

2.「医学・医療機器の進化とそれを支えるもの」

香川大学医学部附属病院 手術部・部長 臼杵 尚志

12:40~13:40 昼食休憩

13:40~14:50(70分)

3.「進化する医療機器シミュレーション教育の現状」

杏林大学保健学部先端臨床工学研究室・准教授 中島 章夫

15:00~16:10(70分)

4.「病院情報システム発展の先に期待するもの」

名城大学大学院都市情報学研究科保健医療情報学・教授 酒井 順哉

## MDIC 更新ポイント取得セミナーの申し込み方法

「受講申込書（以下の用紙）」（学会ホームページ <http://www.jsmi.gr.jp/>からも申込書はダウンロードできます）に必要個所を記載の上、eメール（web@jsmi.gr.jp）による添付ファイルまたはFAX（03-3814-3837）のいずれかの方法でお申し込みください。受講受付状況については、学会ホームページにて、逐次公開しますので、お申込みの参考にして下さい。

先着順に学会事務局から「申込受付」の通知をeメールまたはFAXで1週間以内（休日を挟む場合は除く）にご連絡しますので、通知受領後から10日間以内に受講料を指定振込先にお振り込みいただきますと、「申込完了」です。各会場とも開催日の10日前までに、「受講票」を送付致します。なお、通知受領後、10日間以内にご入金が確認できない場合、「申込受付」は無効となります。

————— 切り取らずそのままご利用ください —————

FAX：03-3814-3837 電話：03-3813-1062

一般社団法人 日本医療機器学会

MDIC更新ポイントセミナー事務局

## 平成30年度MDIC更新ポイント取得セミナー 受講申込書

以下の通り更新ポイント取得セミナーの受講申込を希望します。

|               |                                                                                                                                                                                                       |          |                 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|
| 受講希望<br>会 場   | 希望会場1カ所にチェック（✓）をおつけください<br><input type="checkbox"/> 福岡（10/5） <input type="checkbox"/> 札幌（10/28） <input type="checkbox"/> 名古屋（2/21） <input type="checkbox"/> 東京（3/7） <input type="checkbox"/> 大阪（3/23） |          |                 |
| MDIC<br>認定番号  | （MDIC認定証カードの番号を転記してください）                                                                                                                                                                              |          |                 |
| 申込者氏名         |                                                                                                                                                                                                       |          |                 |
| 勤務先           |                                                                                                                                                                                                       |          |                 |
| 部 署           |                                                                                                                                                                                                       |          |                 |
| 「受講票」<br>送付先  | （勤務先、自宅のいずれかに○印）<br>〒                                                                                                                                                                                 |          |                 |
| 電話番号          | （    ）                                                                                                                                                                                                | 内線（    ） | FAX番号    （    ） |
| 返信先<br>e-mail |                                                                                                                                                                                                       |          |                 |
| 返信先<br>FAX番号  |                                                                                                                                                                                                       |          |                 |