

# 「第7回南大阪整形外科秋季セミナー」のご案内 (現地・WEBハイブリット講演会)

謹啓 時下、先生方におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。  
さてこの度、地域の先生方にもご参加頂ける会として「南大阪整形外科秋季セミナー」を  
企画いたしました。ご興味のある先生方の幅広いご参加をお待ちしております。  
ご多用の折とは存じますが、万障お繰り合わせの上、ご参加賜りますようお願い申し上げます。

謹白

代表世話人 大阪公立大学大学院医学研究科  
整形外科学 教授 中村 博亮

## 記

日時 2022年9月30日(金) 18時20分～20時

場所 オービックホールホールA+B

〒5410046 大阪府大阪市中央区平野町4-2-3 オービック御堂筋ビル2F

製品紹介 18時20分～ 「ジクトルテープ75mgについて」 久光製薬株式会社

特別講演Ⅰ 18時30分～

座長：大阪掖済会病院 上席副院長

五谷 寛之 先生

## 「手指の変形性関節症について考える」

演者：大阪公立大学大学院医学研究科 整形外科学

病院講師 江川 卓弥 先生

特別講演Ⅱ 19時00分～

座長：大阪公立大学大学院医学研究科 整形外科学

教授 中村 博亮 先生

## 「変形性膝関節症の病態に則した治療の 実現を目指した現状と展望」

演者：順天堂大学 整形外科・スポーツ診療科

主任教授 石島 旨章 先生

**\*参加費は無料です。(WEB参加をご希望の方は、事前登録が必要です)**

特別講演Ⅱ：下記の1単位の取得が可能です。(申請料 1,000円)

●日本整形外科学会教育研修単位 専門医資格継続(N)必須分野：

【12】膝・足関節・足疾患 【13】リハビリテーション(理学療法、義肢装具を含む)

●日本整形外科学会教育研修単位

【Re】リハビリ

共催 南大阪整形外科秋季セミナー／久光製薬株式会社

# LIVE配信視聴情報

- ① 事前に下記URLもしくはQRコードから、登録画面にアクセス  
頂き必要事をご記入の上ご登録下さい。

<https://zoom.us/meeting/register/tJcq0GprjMjE9boZihoJdQhPrSt22TsdUf>

名\*  姓\*

メールアドレス\*  メールアドレスを再入力\*

日整会会員ID(単位取得の方必須、不要の方は0と入力)\*  生年月日(例:19990101)単位不要の方は0と入力\*

ご施設名\*  頂いたメールアドレスを担当MRIに共有してもいいですか、\*  
 1つを選択...

\* 必須情報

登録時に提供する情報は、アカウントオーナーおよびホストと共有されます。アカウントオーナーとホストは、その情報を規約とプライバシーポリシーによって使用・共有できます。



- ② 登録後、以下のような登録完了メールが届きます。

登録完了メールの“[ここをクリック](#)して参加”をクリック頂き、ご視聴ください。

第6回南大阪整形外科秋季セミナーにご登録いただき、ありがとうございます。このミーティングについての情報は以下で確認できます。

第6回南大阪整形外科秋季セミナー	
日時	2021年10月1日 06:20 PM 大阪、札幌、東京
ミーティングID	992 9339 2710
パスコード	032827

質問は以下へ送信してください: [Kazuki\\_Obuchi@hisamitsu.co.jp](mailto:Kazuki_Obuchi@hisamitsu.co.jp)  
登録はいつでもキャンセルできます。

Zoomに参加する方法

1. PC、Mac、iPad、またはAndroidから参加する

[ミーティングに参加](#)

## 単位取得情報

本講演会では下記の1単位の取得が可能です。

- 日本整形外科学会 教育研修単位 専門医資格継続単位(N)必須分野  
【12】 膝・足関節・足疾患 【13】 リハビリテーション(理学療法、義肢装具を含む)
- 日本整形外科学会 教育研修会単位  
【Re】 リハビリ

単位取得を希望される場合、申請料として 1,000円必要です。

※申請料は、登録完了メールに記載されている口座にお振込み下さい。

お振込みいただいた申請料につきましては、理由の如何に関わらず、返金いたしかねます。

\* 振込期限: 9月22日(木)

ご入金を頂けない場合、単位取得は認められません。

口座管理は整形外科医局が実施いたします。

当日の留意事項

単位取得を希望される先生は、“[ご自身のカメラをオン](#)”にしてご聴講ください。

日整会本部からの注意事項として、「10分以内にカメラをオンしてください」とのことです。

顔確認が出来ない場合、単位取得が認められません。

当日ご参加いただく際は、お名前を“[ご施設名+氏名](#)”でご設定ください。 例) 市大病院 市大太郎

※ご入力頂きました個人情報保護法に基づき厳密に取り扱わせていただきます。

また、本講演会に関するご案内・ご連絡にのみ利用させていただきます。

※本講演の録画・録音、撮影などは禁止とさせていただきますので予めご了承ください