

会員各位

## 日本形成外科学会特定分野指導医制度：皮膚腫瘍外科分野指導医 第12回教育セミナーのご案内（第2報）

2016年2月  
一般社団法人 日本形成外科学会  
理事長 細川 互  
皮膚腫瘍外科分野指導医認定委員会  
委員長 寺師 浩人

日本形成外科学会は、日本形成外科学会特定分野指導医制度：皮膚腫瘍外科分野指導医細則および同施行細則に基づき、皮膚腫瘍外科分野指導医認定教育セミナーを下記の要領で実施致します。

受講希望者は、本学会の認定専門医の資格を有していることが必要です。

なお、皮膚腫瘍外科分野指導医認定試験の受験資格として、本教育セミナーを2回受講することが必要です。

### 記

1. 日 時：2016年4月15日（金）8：00～9：00

2. 会 場：福岡国際会議場 5F「501」  
〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1  
TEL：092-262-4111（代表）  
URL：<http://www.marinemesse.or.jp/congress/>

3. セミナー内容：

- |               |                     |          |
|---------------|---------------------|----------|
| 1) 「頸部郭清術」    | 静岡県立静岡がんセンター再建・形成外科 | 中川 雅裕 先生 |
| 2) 「悪性腫瘍：間葉系」 | 長崎大学形成外科            | 田中 克己 先生 |

4. 受講料：10,000円

5. 応募方法：

- 1) 申込用紙に必要事項をご記入の上、受講料（10,000円）を添えて現金書留でお申し込み下さい。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枚を使用して下さい。  
教育セミナー当日は受講料を取扱い致しません。また、一度前納された受講料は返却致しませんので、予めご了承下さい。
- 2) 申し込みの締切は2016年3月11日（金）[必着]です。締切を超過した方の受付は致しませんので、お早めにお申し込み下さい。教育セミナー当日は申し込みの受付は致しません。

6. 受講証明書：完全受講者のみに受講証明書が発行されます。  
遅刻あるいは早退された場合は、受講証明書が発行されません。

7. 定 員：100名 先着順に受付致します。

8. 申 込 先：〒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 皮膚腫瘍外科分野指導医認定委員会 宛  
 TEL：03-5287-6773 FAX：03-5291-2176

9. 事前申込をせずに当日聴講されたい方へ

会場内へは無料にて入場可能です。会場前の受付にて希望者には1部1,000円にてレジュメを販売致します。なお、受講証明書の発行は（事後も含め）致しません。受講証明書が必要な方は、必ず事前申し込みの上、受講して下さい。

**皮膚腫瘍外科分野指導医認定委員会**

寺師 浩人（委員長）

横尾 和久（担当理事）

安倍 吉郎, 片岡 和哉, 加藤 久和, 木村 中, 清澤 智晴, 黒川 正人, 清水 史明,  
 陶山 淑子, 竹内 正樹, 堤田 新, 中岡 啓喜, 野村 正, 林 礼人, 原田 浩史,  
 藤岡 正樹, 藤原 雅雄, 古川 洋志, 迎 伸彦, 安田 浩, 吉龍 澄子（五十音順）

.....（きりとり線）.....

一般社団法人 日本形成外科学会  
 皮膚腫瘍外科分野指導医 第12回教育セミナー 申込用紙

|            |   |       |  |
|------------|---|-------|--|
| フリガナ       |   | 会員番号  |  |
|            |   | 013 - | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 氏 名        |   | 専門医番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| 所属名        |   |       |  |
| 参加章<br>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下さい）<br>〒 |       |  |
|            | TEL：  | FAX：  |  |

※楷書にてご記入願います。