

ShearWaveElastography 超音波セミナーのご案内

～ShearWaveElastography による肝硬度測定の現状～

主催：株式会社 琉球光和

共催：GE ヘルスケア・ジャパン(株)

後援：沖縄県臨床検査技師会

拝啓 新涼の候、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。

平素は、弊社に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、早速ではございますが、この度下記の内容にて、ShearWaveElastography 超音波セミナーを開催させていただき運びとなりましたのでご案内申し上げます。

ご多忙の折とは存じますが、ぜひご参加賜りますようご案内申し上げます。 敬具

記

1. 開催日時： 2016年10月15日(土) 15:00～18:00(受付:14:00～)

2. 開催会場： カルチャーリゾートフェストーン 1F 多目的ホール

〒901-2224 沖縄県宜野湾市 真志喜3丁目 28-1

<http://festone.jp/>

3. 講演内容：

15:00～15:10

開会のごあいさつ

第一部) 15:10～15:30

「当院におけるShearWaveElastography検査の現状」

社会医療法人仁愛会浦添総合病院

生理検査室 田場 琢也 様

第二部) 15:30～16:30

「ShearWaveElastographyによる肝硬度測定の実況」

佐賀大学医学部附属病院

肝臓・糖尿病・内分泌内科

助教 大枝 敏 先生

休憩) 16:30～16:50

第三部) 16:50～18:00

「SWEライブオン」

～Live on session～

4. 参加費用： 500円

5. 定員： 100名

セミナーに関するお問合せは、(株) 琉球光和 プロフェッショナル事業部 ME課 園部真己
(TEL 098-863-1251 E-mail masaki.sonobe@rkowa.com) までお願いいたします。

「ShareWaveElastography 超音波セミナー」申込書

FAX 098-868-6000

E-mail masaki.sonobe@rkowa.com

お申込は、会場等の調整のため、10月12日(水)迄にこの用紙にご記入の上、FAX 送信をお願い申し上げます。
なお、お申込は定員 100 名になり次第、締切とさせていただきます。

■ 貴院名: _____

■ ご芳名: _____

■ ご住所: _____

■ 電話番号: _____

■ FAX 番号: _____

■ E-Mail: _____

※ 複数でのご参加の場合は、連名でご記入下さい。

お送りいただいた個人情報はいかなる第三者に対してもこれを提供したり、漏洩したり、開示したりする事はいたしません。

会場へのアクセス



駐車場



※ゼビオ駐車場ご利用の際は、駐車上入口付近の琉球光和係員にお声かけ下さい。駐車許可書をお渡し致します。

当日は他の催事と重なっており、無料駐車場の数に限りがございます。
お越しの際は乗り合わせ、公共の交通機関のご使用もご検討ください。