

第2回 超音波検査 ハンズオンセミナーのご案内

主催：株式会社 琉球光和

共催：GEヘルスケア・ジャパン 株式会社

後援：沖縄県臨床検査技師会

拝啓 立秋の候、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、「第2回 超音波検査 ハンズオンセミナー」を開催する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： 2009年11月27日(金) 19:15～21:30

2. 開催会場： 株式会社 琉球光和 本社 3F 会議室
那覇市西 1-2-16 TEL: 098-863-1251

3. 講演内容：

(1) GE製超音波診断装置のご紹介

GEヘルスケア・ジャパン 株式会社

超音波本部 九州リージョン 本多 芳樹

(2) 心エコー検査の基礎 ～ 講義からハンズオンまで～

(心エコーの手順や検査のコツ及びポイント等)

GEヘルスケア・ジャパン 株式会社

超音波本部 九州リージョン

アプリケーションスペシャリスト 本田 正治

4. 参加費用： 500円

また、講演会場には最新の機器展示も予定しています。

なお、会場には、軽食と飲み物をご用意しています。

上記の内容に関してのお問合せは、(株)琉球光和 医療情報システム部 ME課 赤嶺 涼子
TEL: 098-863-1251 E-mail: Ryoko.Akamine@rkowa.com までお願いいたします。

会場へのアクセス：



※ 駐車場はございますが、数に限りがございます。
満車の際は、近隣のコインパーキングのご利用をお願いする事も
ございますので、その際はご了承下さい。

【11/27(金)開催】「第2回 超音波検査 ハンズオンセミナー」申込書

FAX : 098-868-6000

お申込は、会場等の調整のため、11月20日(金曜日)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 50 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 : _____

■ E-Mail アドレス : _____

※お送りいただいた個人情報は、弊社個人情報規定に従い、安全に管理致します。