

近畿・中四国ブロック／大阪セミナー 2013

— 10周年記念特別企画 セミナー & 交流会 —

日時：平成 25 年 3 月 10 日（日） 11:00～16:00

会場：大阪大学医学部附属病院 14階大会議室

〒565-0871 吹田市山田丘 2-2 電話 06-6879-5111（代）

◇プログラム◇

- 11:00～ プレセッション
患者会会長挨拶
世話人 酒井規夫先生ご挨拶
患者会運営方針説明
- 11:45～ 昼食
(軽食をご用意いたします。)
- 12:45～ セミナー 総司会：原田久生（患者会会長）
- 12:45～13:10
「最新の医療について」
衛藤義勝 先生（東京慈恵会医科大学遺伝病研究講座 教授）
- 13:10～13:35
「ファブリー病の治療と日常生活」
田中あけみ 先生（大阪市立大学大学院医学研究科発達小児医学 准教授）
- 13:35～14:00
「ファブリー病の脳血管障害について」
八木田佳樹 先生（大阪大学附属病院神経内科・脳卒中科）
- 14:00～14:25
「遺伝カウンセリングについて」
酒井規夫 先生（大阪大学大学院医学系研究科小児科学講座 准教授）
- 14:25～ 座談会
(先生、コメディカルの方々と交えて意見交換)
- 15:05～ クロージング
酒井規夫先生ご挨拶（世話人）
患者会副会長挨拶



参加費
無料

10周年記念として、オープンセミナーを開催いたします。会員でなくても患者さんでなくても参加出来ます。ファブリー病に関心のある方や、興味のある方はぜひご参加下さい。軽食等の準備のため、事前に参加申込をお願いしております。

主催：全国ファブリー病患者と家族の会（別称 ふくろうの会）

＝ご案内＝

設立10周年特別企画
(近畿中四国ブロック活動・オープンセミナーの実施)

大阪セミナー&交流会開催について。

周年事業として今回大阪にて開催することになりました。会員の皆さんはもとより会員以外の方々にも広く参加いただける内容となりました。これを機会に現在の最新治療、取り巻く環境の変化も正しく理解することが出来、また抱える悩みを少しでも和らげることが出来れば幸いです。

今回は地元、酒井先生（大阪大学大学院医学系研究科小児科学講座 准教授）中心に八木田佳樹先生（大阪大学大学院医学系研究科神経内科学 助教）、田中先生（大阪市立大学大学院医学研究科発達小児医学 准教授）、東京からは先天代謝異常症、ライソゾーム全般にわたっての専門医の衛藤先生（東京慈恵会医科大学遺伝病研究講座教授、当会顧問）にもご講演頂くことが決まりました。永年にわたり患者さんとその家族を支えていただいている先生方です。また当日は看護師・医療従事者の方々も参加可能ですので是非お誘いしてみたいと思います。

ファブリー病に関心のある方、興味のある方も参加下さい。またお知り合いの患者さん、ご家族の方にもお声をかけて頂きお誘い下さい。参加費は無料です。参加された方にはプレゼントがあります。当日のお弁当、お茶等の用意の為事前に FAX 又は郵送でふるってお申し込み下さい。なお郵送の場合は下記事務局「ふくろうの会」宛てにお送りください。心よりお待ちしております。

申込締切 2/25（月）（10周年実行委員会より）

*当日プログラム終了後オフ会としてお茶会を予定します。(当日ご案内・費用は各自負担)
<対象エリア：近畿・中国・四国ブロック>京都・滋賀・大阪・兵庫・鳥取・島根・岡山
広島・山口・香川・愛媛・徳島・高知・奈良・和歌山（15） 2013年1月10日

設立10周年

「全国ファブリー病患者と家族の会」



(別称) ふくろうの会

事務局：株式会社キタ・メディア

〒113-0033 東京都文京区本郷2-4-14

FAX：03-3814-1448

問合せ先：URL：<http://www.fabrynet.jp>

携帯TEL：080-5720-2085（原田）

「全国ファミリー病患者と家族の会」 (別称) ふくろうの会 宛

* (FAXの場合: 03-3814-1448にお送りください)。

* (郵送の場合: 〒118-0033東京都文京区本郷2-4-14キタ・メディア内「ふくろうの会」宛てにお送りください)。

<参加申込書>

申込締切 2/25 (月)

*私は3月10日(日)大阪セミナー&交流会に参加します。

フリガナ 氏名 (代表者名)	(他 何名) 複数の場合は人数をご記入 ください。	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	(生年) (月日) (歳)
人数	人数	人数	人数
<input type="checkbox"/> 患者 ()	<input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> 医療関係者 ()	<input type="checkbox"/> その他 () ()
フリガナ (連絡先) 住所 (代表者)	〒	電話: FAX: e-mail:	
担当病院名	主治医名		
<p>◎当日のセミナー時に、普段先生方からは聞けない事をこの機会に聞いてみる為に(悩みも含め、なんでも結構です)お書き下さい。用紙スペースが足りない場合は増やして頂いて結構です。</p> <p>◎電話の方がいいと云う方は080-5720-2085(原田)迄ご連絡下さい。</p>			

*上記内容出来るだけご記入願います。内容は当会の個人情報保護法で遵守します。