

## 聴覚医学・医師講習会のお知らせと申込書

耳鼻咽喉科医として聴覚医学に関する諸問題に適切に対応でき、また聴力測定技術者が行った測定結果の正当性を評価し指導できる能力を培うことを目的として、聴覚医学・医師講習会を開催いたします。受講ご希望の方は下記に従ってお申し込みください。なお、専門医における領域講習2単位となります。

### 記

- 期 間 令和5年2月9日(木)～10日(金)の2日間  
 会 場 グランパークカンファレンス 東京都港区芝浦3-4-1  
 <JR>山手線・京浜東北線「田町駅」芝浦口(東口)徒歩5分  
 <地下鉄>都営浅草線, 都営三田線「三田駅」A4出口徒歩7分  
 受講料 30,000円(受講料は申込の受付を確認してから請求いたします)  
 講習内容 純音聴力検査, 語音聴力検査, マスキング, 音響心理学, 耳音響放射, 閾値上聴力検査, 他覚的聴力検査, 補聴器, 人工内耳, 幼小児難聴の検査など。  
 受講資格 日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医または専門医志向者および15条指定医を新たに申請する耳鼻咽喉科以外の医師。耳鼻咽喉科領域講習単位を希望される方は、日耳鼻会員ICカードをご持参ください。  
 受付人数 60名  
 申込期間 令和4年9月1日～10月31日  
 申込先 〒105-0012東京都港区芝大門1-4-4 ノア芝大門405 一般社団法人日本聴覚医学会講習会委員会  
 TEL 03-5777-6310 FAX 03-5777-4605  
 (注意) 「申込書」は下記の規定のもの、そのコピーまたは本学会ホームページ (<http://audiology-japan.jp/>) からダウンロードしたものを使用してください。各欄すべて記入、捺印してfaxまたは郵送でお送りください。不備な申込書は受付できません。ご不明な点は上記申込先までお問い合わせください。

### 切 取 線

《 医 師 》

令和5年聴覚医学・医師講習会申込書

受付 No. D-

ふりがな氏名		男	女		
	西暦	年	生		
メールアドレス					
勤務先名(所属まで記入)					
所在地	〒 -	TEL			
		FAX			
郵便物送付先を自宅希望の方	〒 -	TEL			
		FAX			
耳鼻咽喉科での専門領域					
耳鼻咽喉科領域講習	希望する	希望しない			
最終学歴	大学	西暦	年	月	卒業
	大学	大学院	西暦	年	月
診療経験	5年未満	5年以上	10年	20年	30年以上