

プレゼンター（敬称略）

（氏名）	（所属）	
上田 均	もりおかこころのクリニック	（岩手）
渡邊 衡一郎	慶應義塾大学病院	（東京）
稲垣 中	慶應義塾大学病院	（東京）
富田 真幸	慶應義塾大学病院	（東京）
堤 祐一郎	恩方病院	（東京）
宮本 聖也	聖マリアンナ医科大学病院	（神奈川）
吉岡 正哉	たまプラーザこころのクリニック	（神奈川）
高木 博敬	西毛病院	（群馬）
内藤 宏	藤田保健衛生大学病院	（愛知）
工藤 喬	大阪大学医学部附属病院	（大阪）
岡村 武彦	新阿武山病院	（大阪）
岡田 俊	京都大学医学部附属病院	（京都）
武田 俊彦	慈圭会 慈圭病院	（岡山）
馬屋原 健	光の丘病院	（広島）
助川 鶴平	国立病院機構 鳥取医療センター	（鳥取）
吉村 玲児	産業医科大学病院	（福岡）
恵紙 英昭	久留米大学病院	（福岡）
橋本 喜次郎	肥前精神医療センター	（大分）

主催：日本臨床精神神経薬理学会 共催：財団法人精神・神経科学振興財団
後援：日本精神科病院協会

*お申込み方法:下記をご記入頂き「地域フォーラム」事務局宛 FAX かメールにてお送り下さい。

「地域フォーラム」申し込み書

代表の先生	お名前		ご所属名	
	ご所属住所			
	電話	FAX	Eメール	
開催希望日	年 月 日	希望時間	時 分～	約3時間
希望開催地	市・町名	会場名	事務局に任せる	
参加予定人数	名様	参加病院の予定件数	件様	

お申込み：「地域フォーラム」事務局 (株)ケイ・コンベンション 担当：荒木 憲治

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-24-7-313

TEL:03-5367-2382 FAX:03-5367-2187

Email:araki-ken@k-con.co.jp