

平成27年度旭川医科大学公開講座

健康と運動

手話通訳ご相談下さい！

道民カレッジ連携講座です！

全5回 9月25日(金)～10月23日(金)
18:00～19:30

イラスト：©いらすとや

日 程	講 義 テ ー マ	講 師
第1回 9月25日(金)	健康維持と運動	健康科学講座 吉田 貴彦 教授
第2回 10月 2日(金)	森林浴と健康	循環呼吸医療再生フロンティア講座 住友 和弘 特任准教授
第3回 10月 9日(金)	スポーツ医雑学 健康スポーツからトップアスリートスポーツまで	脳機能医工学研究センター 小原 和宏 助教
第4回 10月16日(金)	あなたの靴あっていますか？ 足もとからみる膝・腰の痛みと健康	整形外科学講座 阿部 里見 助教
第5回 10月23日(金)	リハビリテーションと健康	リハビリテーション部 田中 伸吾 理学療法士

■ 時 間 午後6時00分～午後7時30分

■ 会 場 旭川医科大学看護学科棟大講義室（看護学科棟1階）

9月25日・10月9日・10月16日

旭川医科大学臨床講義棟臨床第3講義室

10月2日・10月23日

日にちによって会場が
異なりますのでご注意

下さい！

■ 対 象 者 どなたでも参加可能（小学生以下は保護者の同伴が必要です）

- 定 員 100名（先着順）
- 受講料 2,500円（高校生 1,500円、中学生以下無料）
- 申込期限 平成27年9月24日（木）

■ 申込方法

次のいずれかの方法により、お申込み下さい。

なお、申込書は下記URLからダウンロードできます。

http://www.asahikawa-med.ac.jp/index.php?f=cooperation+public_dispatch

大学に直接申込

総務部会計課出納係（旭川医科大学事務局 1F）に申込書の提出及び受講料の納付

（平日 午前8時30分～午後5時15分まで）

旭川ウェルビーイング・コンソーシアム（AWBC）に直接申込

① 申込書を下記に持参

住 所：旭川市1条通8丁目108番地 Feeeal 旭川7階

T E L：0166-26-0338

（平日 午前10時00分～午後5時00分まで）

② 受講料を下記に振込

金融機関：旭川信用金庫 緑が丘支店

預金種別：普通預金

口座番号：0384846

受取人：国立大学法人 旭川医科大学

ダイ) アサヒカワイカダイガク

住 所：旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

※ 振込手数料は受講される方のご負担になりますので、ご了承ください。

※ 振込完了後に入金確認のご連絡は差し上げておりません。入金確認を希望される場合は
お手数ですが、問合せ先までご連絡ください。

郵送・FAX・E-mail のいずれかで申込

① 申込書を下記に送付

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学総務部研究支援課社会連携係

F A X : 0166-66-0025

E-mail : rs-sr.g@asahikawa-med.ac.jp

② 受講料を振込（上記「サテライトに直接申込」の際の振込先と同様）

■ その他

- 1) 一旦納められた受講料は、原則としてお返しできません。
- 2) 駐車場の利用は無料となります。
- 3) **4回以上**受講した方には、修了証書をお渡しします。
- 4) この講座は、**道民カレッジ連携講座**に指定されています。道民カレッジ受講生には、**4回以上**の受講で単位（7単位、ジュニアは5単位）を認定します。
- 5) **手話通訳をご希望の方は**、お早めに下記問い合わせ先までご相談下さい。

■ 問合せ先

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学総務部研究支援課社会連携係

(TEL : 0166-68-2197)

(FAX : 0166-66-0025)

(Mail : rs-sr.g@asahikawa-med.ac.jp)

(平日 午前8時30分～午後5時15分まで)

■ 会場案内

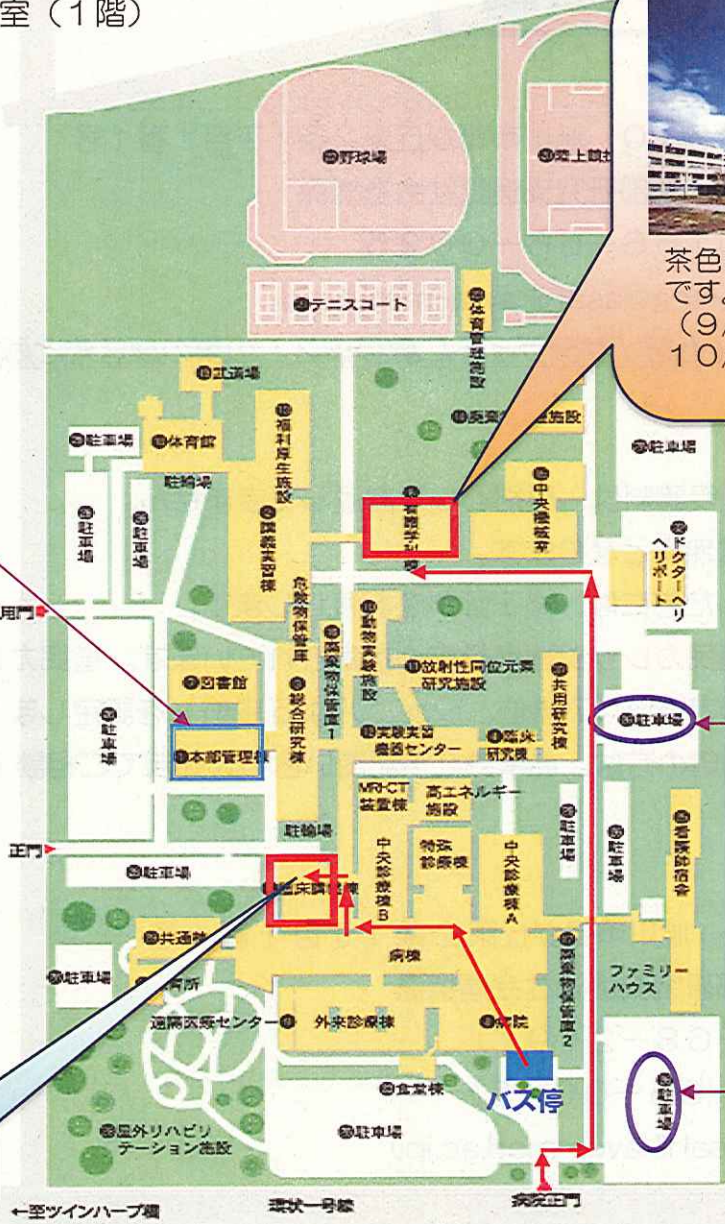
看護学科棟大講義室（1階）



茶色の6階建ての建物です。
(9/25、10/9、10/16の会場)

大学に直接申込みをされる方は、本部管理棟1階の会計課にお越しください。

お車で越しの場合はこれらの駐車場をご利用ください。駐車券は、緑のボタンを押すと発券されます。駐車券は講座会場までお持ちください。受付にて駐車料無料の押印をいただきます。



旭川リハビリテーション病院

臨床講義棟
臨床第3講義室
(10/2および10/23の会場)

平成27年度旭川医科大学公開講座受講申込書

ふりがな 氏名		職業	
生年月日	年 月 日生 (歳)	性別	男・女
住所等	〒 Tel () - E-mail	備考	

(注) ご記入頂きましたご住所もしくはメールアドレスに、旭川医科大学が開催する講座等のご案内を差し上げます。ご希望されない場合は下記のチェックボックス () にチェックをして下さい。その場合、本申込書の記載内容は、本講座の連絡及び企画運用にのみ使用します。

郵送・メールでの旭川医科大学からの講座等の案内は希望しません