

平成24年10月吉日

各 位

(NPO法人) 野生動物救護獣医師協会
会長／東京都支部長 新妻 勲 夫

野生動物救護獣医師協会・講習会開催のご案内

拝 啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、別紙のとおり、当協会東京都支部主催によります恒例の講習会を開催することとなりましたので、ここに改めてご案内申し上げます。

本年は、かつて当協会の理事を務めていただき、傷病野生鳥獣の救護や治療、あるいはリハビリテーションに関する臨床獣医学のスペシャリストでおられる、バードクリニック金坂動物病院の金坂 裕先生を講師としてお招きし、現場における専門的な技術等につまわる興味深いお話しをいただく予定となっております。同時に、本会の皆川康雄副会長(神奈川支部・事務局長)より、野生動物リハビリテーターの役割の重要性や、今後に向けた養成の必要性等について、長年の経験をもとに語っていただくことにいたしております。

つきましてはこの機会に、是非多くの方々にご参加いただき、新たな研鑽と交流の場としていただければ幸いに存じます。

講習会への参加を希望される場合には、別紙の「参加申込書」(会員用と一般用があります)に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みいただき、参加費(希望される場合には懇親会費も含める)を所定の郵便振替口座にお振込いただければ結構です。ただし、会場の都合により、定員を60名とさせていただきますので、お申込みの受付につきましては、定員になり次第締め切りとさせていただきます。予めご了承ください。

以上、取り急ぎ講習会のご案内とさせていただきます。

敬 具

参加申込み締め切り (FAX) : 11月19日 (月)

＜野生動物救護獣医師協会講習会＞

特定非営利活動法人 野生動物救護獣医師協会 東京都支部
共 催：特定非営利活動法人 野生動物救護獣医師協会

会 場：ホテル ローズガーデン新宿 ローブルーム

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 8-1-3 <http://www.hotel-rosegarden.jp/index.html>

(TEL) 03 - 3360 - 1533 (FAX) 03 - 3360 - 1633

日 時：2012年11月23日（金・祝）（受付：16：30～16：55）

17：00～17：10 開会あいさつ

(NPO)野生動物救護獣医師協会 会長／東京都支部長

新 妻 勲 夫

17：10～18：50 講演「野生動物の様々な救護事例と治療技術」

バードクリニック金坂動物病院 院長 金 坂 裕

(元・野生動物救護獣医師協会 理事)

19：00～19：30 講演「野生動物リハビリテーターの役割とその育成」

(NPO)野生動物救護獣医師協会 副会長／神奈川支部 事務局長

皆 川 康 雄

19：30～19：50 関係報告 等

19：50 閉会あいさつ (NPO)野生動物救護獣医師協会 副会長

大 窪 武 彦

20：00～21：30 懇親会（別室：事前申し込み者のみとなります）

*申込み方法 申込み用紙に必要事項を記入の上、FAXにてご送信ください。
同時に、郵便振込にて参加費（懇親会参加の場合は合計額）をお振込ください。参加費の
振込確認をもって、参加申込み受付とさせていただきます。

振込口座 00130-8-607137 口座名義 野生動物救護獣医師協会

*定 員 60名

*参加費 東京都協力病院（スタッフ含む）、学 生 無 料
WRV 正会員、ボランティア会員、東京都鳥獣保護員 2,000 円（当日入会でもOK）
会員外、その他 3,000 円
※懇親会参加の場合、別途2,000円がかかります。（*協力病院および学生は無料）
※当日入会いただく場合には、会員価格とさせていただきます。

*申込期限 11月19日（月）（定員になり次第締め切ります）

*問い合わせ先 (NPO法人) 野生動物救護獣医師協会 事務局 箕輪
TEL 042-529-1279 FAX 042-526-2556

特定非営利活動法人
野生動物救護獣医師協会 御中

講習会参加申込書(WRV 会員用) (042-526-2556 宛 F A X 用)

平成 24 年 11 月 23 日 (金・祝) 開催の講習会に参加申し込み致します。

参加者氏名	懇親会
	出・欠
	出・欠
	出・欠
	出・欠
	出・欠

平成 年 月 日

会員番号： ー

住 所：

氏 名：

電話番号：

特定非営利活動法人
野生動物救護獣医師協会 御中

講習会参加申込書 (042-526-2556 宛 FAX用)

平成 24 年 11 月 23 日 (金・祝) 開催の講習会に参加申し込み致します。

参加者氏名		懇親会
	学 生 獣医師・一 般	出・欠

※どちらかに○を付けて下さい

平成 年 月 日

住 所：

氏 名：

電話番号：