

# 未来医療 フォーラム

～大阪大学医学部附属病院の取り組み～

2019年1月20日(日) 午後1時30分～3時30分

**主催** 臨床研究中核病院  
国立大学法人 大阪大学医学部附属病院

**場所** ハービスHALL  
小ホール

## 動き出したがんゲノム医療

前田 大地 | 大阪大学大学院医学系研究科  
先端ゲノム医療学共同研究講座 特任教授



## 未来社会のヘルスレコード

松村 泰志 | 大阪大学医学部附属病院  
医療情報部 部長



## オープンイノベーションの 時代における大学病院の役割

名井 陽 | 大阪大学医学部附属病院  
未来医療開発部 未来医療センター センター長



## 阪大病院の未来医療の取り組み

澤 芳樹 | 大阪大学大学院医学系研究科  
外科学講座 心臓血管外科学 教授



## 皆様から寄せられた質問について

前田 大地、松村 泰志、名井 陽、澤 芳樹

### お問い合わせ

大阪大学医学部附属病院 教育研究支援課 総括係 未来医療フォーラム事務局  
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2番15号  
TEL: (06) 6210-8281

<http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/>

大阪大学医学部附属病院



協力：大阪大学21世紀懐徳堂

事前  
申し込み  
定員200名(受付先着順)  
**1/8(火) 締切**  
申し込み方法は  
裏面をご覧ください。

✦ 未来医療フォーラム参加申し込み方法 ✦

参加ご希望の方は、Web・メール・FAX・郵送のいずれかで、

**1月8日(火)**までにお申し込み下さい。

定員(200名)となり次第、締め切りとさせていただきます。

※先着200名様へは、メール・FAX等で「参加のご案内」をお送りします。



**Web申込み** <https://rdc01.dcc.med.osaka-u.ac.jp/redcap/surveys/?s=PE4WH4M8PE>

✦ 申込書 ✦

ふりがな		③性別	④年齢
①お名前		男 ・ 女	歳
②ご住所	〒		
⑤連絡先	メールアドレス	@	
	電話番号		
	FAX番号		
⑥ご興味のある内容について、ご質問等がありましたらご記入ください。			

※ご記入いただきました個人情報について、本フォーラムの運営のみに使用いたします。

✦ メール、または郵送でお申し込みの場合 ✦

- ①お名前(ふりがな) ②ご住所 ③性別 ④年齢  
 ⑤連絡先(メールアドレス、電話番号、FAX番号)  
 ⑥質問(任意)を明記の上、  
 下記宛て先までお申し込みください。

[メールアドレス]

**m.forum@dmi.med.osaka-u.ac.jp**

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2番15号

**大阪大学医学部附属病院 教育研究支援課  
 総括係「未来医療フォーラム事務局」**

✦ FAXでお申し込みの場合 ✦

申込書欄に必要事項をご記入の上お送りください。

**FAX 06-6210-8279**

✦ 会場案内 ✦

