



福島医発第 3147 号（総）
令和 7 年 2 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

第 19 回男女共同参画フォーラムの開催について

余寒の候、貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、日本医師会では、男女共同参画社会の実現に向けての取組みを示し医師の多様な働き方の支援等に繋げることを目的として、男女共同参画フォーラムを開催しておりますが、今般、福島県医師会の担当により第 19 回フォーラムが開催される旨、別添のとおり案内がありました。

つきましては、本フォーラムの趣旨をご理解いただき、女性医師だけではなく多くの男性医師にもご参加いただけるよう、会員への案内について、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 申込につきましては貴会にてお取りまとめいただき、以下フォームにより 4 月 4 日（金） までにご回答ください。
- 2) 本会男女共同参画部会委員会委員には本会より直接ご案内します。

記

(第 19 回男女共同参画フォーラム)

○日 時：令和 7 年 5 月 17 日（土）フォーラム：14：00～ 懇親会：18：30～

○会 場：郡山ビューホテルアネックス 4 階 「花勝見」

福島県郡山市中町 10-10 TEL：024-939-1111

○申 込：各医師会にてお取りまとめのうえ、以下 URL よりご回答ください。

URL：<https://forms.gle/8se6SjbFYsHqM5p66>

※参加者がいない場合も必ずご回答ください。

○回 答 締 切：4 月 4 日（金）迄

○そ の 他：

- ・貴会での出欠確認には、別紙をご活用ください。
- ・本会における旅費の負担はございません。
- ・本フォーラムには、生涯教育の単位が設定されております（別添案内参照）。
- ・会場に託児室が設置されることとなっておりますので、利用希望者がいる場合は、回答フォームによりお知らせください。
- ・宿泊先は、近畿日本ツーリスト株式会社福島支店に手配を依頼することも可能となっておりますので、必要な場合は別紙をご確認ください（3 月 21 日締切）。

小郡三井医師会より

広報担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

参加希望の方は別紙にて当医師会事務局までお申し込みください。FAX73-1559

別 紙

第 19 回男女共同参画フォーラム参加確認票

※各医師会での参加希望者確認の際にご活用ください。

○参加希望者

医籍 登録番号	氏 名	所属・役職	懇親会 参加の有無	託児 利用の有無
			有 ・ 無	有 ・ 無
			有 ・ 無	有 ・ 無
			有 ・ 無	有 ・ 無
			有 ・ 無	有 ・ 無
			有 ・ 無	有 ・ 無

○託児室利用の場合

	ふりがな お子様のお名前	性別	年齢	備考 (注意事項等)
1		男 女	才 ヶ月	
2		男 女	才 ヶ月	
3		男 女	才 ヶ月	

- ・ 全ての欄にご記入ください。
- ・ 3才以下のお子様は月齢までご記入ください。

日医発第1861号(総務)
令和 7 年 2 月 7 日

都道府県医師会長 殿

公益社団法人 日本医師会
会長 松本 吉郎
(公印省略)

日本医師会 第19回男女共同参画フォーラムの開催について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、日本医師会では、第19回男女共同参画フォーラムを、別紙プログラムにより令和 7 年 5 月 17 日（土）に開催することといたしました。本年は、福島県医師会のご担当により「郡山ビューホテルアネックス」にて開催いたします。

本フォーラムによって、担当医師会における男女共同参画社会の実現に向けた取り組みを共有し、医師の多様な働き方の支援等につなげていきたいと考えております。

つきましては、本フォーラムの趣旨をご理解いただき、多くの先生方のご参加を得られますよう貴職の特段のご高配を賜りたく、よろしくお願い申し上げます。

参加のお申し込みは下記により行います。日本医師会ホームページ（医師のみなさまへ、女性医師、男女共同参画フォーラムのコーナー

<https://www.med.or.jp/doctor/female/forum/>）、日医ニュースでも本フォーラムについて紹介し、参加希望者は都道府県医師会にお申し込みいただくようご案内する予定でありますので、ご承知おきくださいますようお願い申し上げます。

担当：日本医師会総務課（岸本）
電話：03-3942-6481(9:30-17:30)
Mail: soumu@po.med.or.jp

記

1. 参加申込方法：原則として各都道府県医師会を通じて行います。

都道府県医師会において参加者をお取りまとめのうえ、次のURLにアクセスし、必要事項を入力して送信してください。

<https://forms.office.com/r/JBfzheV89T>

なお、当日は参加者名簿を作成し、会場で配布いたします。氏名とご所属が掲載されますことを予めご了承ください。

2. 申込締切：令和7年4月10日（木）

3. 生涯教育単位：基調講演1単位（CC1:医師のプロフェッショナリズム）、シンポジウム1.5単位（CC12:地域医療）、総合討論0.5単位（CC10:チーム医療）の合計3単位がつきます。希望する先生は、必ず医籍番号を入力してください。

4. 旅 費：参加者2名（日医会員）分の旅費を本会において負担いたします。

なお、旅費につきましては本会規程に則った金額を、フォーラム終了後に各都道府県医師会宛に送金いたします。指定の口座がある場合は、本会総務課までご連絡ください。

5. 保 育 室：会場に保育室を設置する予定です。利用希望の先生がいる場合は、参加申込フォームに必ず入力してください。

6. 宿 泊：各自でお手配いただくこととなりますが、福島県医師会のご尽力で近畿日本ツーリスト株式会社福島支店にお申し込みいただくことも可能です。ご利用の場合は（https://www.knt.co.jp/ec/2025/ishikai_19/）にアクセスし、手順に沿ってお申し込みください。

なお、宿泊申込は3月21日（金）までです。

以上

第19回男女共同参画フォーラム プログラム(案)

日 時：令和7年5月17日（土）フォーラム 14時00分～ 懇親会 18時30分～

会 場：郡山ビューホテルアネックス 4階 「花勝見」

（福島県郡山市中町10-10 TEL024-939-1111）

主 催：日本医師会／担 当：福島県医師会

出席者：全国の医師等約300人

メインテーマ：「ダイバーシティを踏まえたキャリア支援」

総合司会：福島県医師会男女共同参画委員 市 川 陽 子

【日程】

（14：00～14：15）

開 会	福島県医師会副会長	坪 井 永 保
挨 拶	日本医師会長	松 本 吉 郎
	福島県医師会長	石 塚 尋 朗
来賓挨拶	福島県知事	内 堀 雅 雄

（14：15～15：15）

基調講演	座長	福島県医師会副会長	矢 吹 孝 志
「 未定 」		金水晶株式会社 取締役会長	斎 藤 美 幸
「 未定 」		藤田医科大学ばんだね病院脳神経外科学教授	加 藤 庸 子

（15：15～15：35）

報 告（20分）

1.日本医師会男女共同参画委員会	
日本医師会男女共同参画委員会委員長	小 泉 ひろみ
2.女性医師支援センター事業	
日本医師会常任理事	松 岡 かおり

休 憩（10分）

（15：45～17：15）

シンポジウム	座長	福島県医師会副会長	今 野 修
	コメンテーター	日本医師会常任理事	渡 辺 弘 司
1.「人生の終わりにありがとう！幸せでした！と思い合えるキャリア支援 子ども5人と男性育休を通して（仮）」		大原総合病院脳神経外科	岩 楯 兼 尚
2.「管理者の立場で職員医師夫婦2人に育休休暇を許可した経緯（仮）」		かしま病院 内科診療部長	中 山 文 枝
3.「地域医療と若手医師のキャリア支援～福島県の取り組み（仮）」		福島県保健福祉部医療人材対策室	

（17：15～17：45）

総合討論

次期担当県医師会会長挨拶	沖縄県医師会長	田 名 毅
閉 会	福島県医師会副会長	齊 藤 道 也

第19回 男女共同参画フォーラム 参加申込書

各医師会よりご回答をお願いします。

※参加者がいない場合も必ずご回答ください。

(第19回男女共同参画フォーラム)

○日時：令和7年5月17日(土) フォーラム：14:00～ 懇親会：18:30～

○会場：郡山ビューホテルアネックス 4階「花勝見」
福島県郡山市中町10-10 TEL：024-939-1111

○回答締切：4月4日(金)迄

* 必須の質問です

1. メールアドレス *

2. 1. 回答医師会名 *

⌵ Dropdown

1つだけマークしてください。

- ☐ 北九州市医師会
- ☐ 遠賀中間医師会
- ☐ 京都医師会
- ☐ 豊前築上医師会
- ☐ 福岡市医師会
- ☐ 筑紫医師会
- ☐ 糸島医師会
- ☐ 粕屋医師会
- ☐ 宗像医師会
- ☐ 直方鞍手医師会
- ☐ 田川医師会
- ☐ 飯塚医師会
- ☐ 久留米医師会
- ☐ 大牟田医師会
- ☐ 八女筑後医師会
- ☐ 朝倉医師会
- ☐ 小郡三井医師会
- ☐ 大川三潁医師会
- ☐ 柳川山門医師会
- ☐ 浮羽医師会

3. 2. 回答者氏名 *

4. 3. 参加者の有無 *
- 「あり」の場合は、参加者名等の入力をお願いします。
「なし」の場合は、回答終了となります。

1つだけマークしてください。

☐ あり

☐ なし

○参加者情報

5. ○参加者1 医籍登録番号 *

6. 参加者1 氏 名 *

7. 参加者1 所属・役職 *

8. 参加者1 懇親会参加の有無 *

1つだけマークしてください。

☐ あり

☐ なし

9. 参加者2 医籍登録番号

10. 参加者2 氏 名

11. 参加者2 所属・役職

12. 参加者2 懇親会参加の有無

1つだけマークしてください。

☐ あり

☐ なし

13。 **参加者 3** 医籍登録番号

14。 **参加者 3** 氏 名

15。 **参加者 3** 所属・役職

16。 **参加者 3** 懇親会参加の有無

1つだけマークしてください。

☐ あり

☐ なし

17。 **参加者 4** 医籍登録番号

18。 **参加者 4** 氏 名

19。 **参加者 4** 所属・役職

20。 **参加者 4** 懇親会参加の有無

1つだけマークしてください。

☐ あり

☐ なし

21。 **○参加者 5名以上**

参加者が5名以上となる場合は、本項目に参加者の「医籍登録番号、氏名、所属・役職、懇親会参加の有無」をご入力ください。

22。 **○託児室の利用者の有無** *

1つだけマークしてください。

☐ あり

☐ なし

23。 **○託児室の利用者等情報**

託児室の利用が「あり」の場合は、利用希望者氏名、お子様の氏名（ふりがな）、性別、年齢、注意事項等をご入力ください。3歳以下のお子様の年齢は月齢まで入力してください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム