

福岡県医発第 1577 号 (地)
平成17年12月2日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 竹嶋 康 弘



平成17年度九州ブロック認定産業医制度基礎研修・生涯研修会
の開催について

師走の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、例年開催いたしております日本医師会認定産業医制度における認定医申請及び認定医更新に必要な単位修得のための研修会を本年度も別紙のとおり開催することとなりました。

つきましては、貴医師会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

記

- 期 日 平成18年2月25日 (土) 13:00～17:45
2月26日 (日) 8:30～16:45
- 会 場 産業医科大学 産業医実務研修センター
北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1 Tel093-603-1611
- 受講資格 九州各県医師会が推薦する日本医師会認定産業医及び研修未修了の医師 (過去に本研修会を受講されたことのある方は、定員オーバーの場合ご遠慮願うことがありますので、予めご了承下さい)
- 受講者数 福岡県医師会: 40名といたします。
- 受講料 15,000円 (欠席されても返金いたしません)
- 修得単位 12単位 (基礎研修: 実地6・後期6)
(生涯研修: 更新1.5・実地6・専門4.5)
- 申込方法 別紙申込用紙に、氏名・医師会・連絡先住所等をご記入の上、申込締切日 (貴医師会で設定して下さい) までに各郡市医師会に申し込み下さい。
受講料は受講決定通知書を、後日各郡市医師会経由でお送りいたしますので、受講決定後にご送金下さい。
- 申込締切 平成18年1月20日 (金)
各郡市医師会は、1月20日迄に福岡県医師会地域医療課までご連絡下さい。受講希望者がいない場合もその旨ご連絡願います。
なお、締切日以降の申し込みは受けかねますので予め御了承願います。
- その他 宿泊希望者は、別紙のとおり日本旅行でお世話いたしますので、ご利用下さい。
※宿泊申込締切 平成18年1月31日 (火)

小郡三井医師会より

担当理事 毛利康茂

受講ご希望の方は1月16日 (月) までに当医師会事務局へ別紙の研修会申込書をご提出下さい。

平成17年度九州ブロック認定産業医制度基礎研修・生涯研修会実施要綱

目 的	本研修会は、日本医師会認定産業医制度における認定産業医申請及び認定医更新に必要な単位修得のための生涯研修会を開催する。
主 催	九州医師会連合会
開 催 県	福岡県医師会
後 援	日本医師会・産業医科大学
期 日	平成18年2月25日（土） 13：00～17：45 2月26日（日） 8：30～16：45
会 場	産業医科大学 産業医実務研修センター 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1 Tel093-603-1611
受講資格	九州各県医師会が推薦する日本医師会認定産業医及び研修未修了の医師
受講者数	九州各県医師会：110名（九州各県医師会割り当て10名）
受講料	15,000円（欠席されても返金いたしません）
修得単位	12単位
申込方法	九州各県医師会に申込用紙を送付いたしますので、希望者は各自氏名・医師会・連絡先住所等をご記入の上、申込締切日（各県医師会で設定）までに各県医師会に申込下さい。 九州各県医師会割り当て10名になっておりますのでご留意下さい。 各県医師会は、1月20日までに福岡県医師会地域医療課宛お送り下さい。 受講料は、受講決定通知書を後日、各県医師会経由でお送りいたしますので、受講決定後にご送金下さい。
申込締切	平成18年1月20日（金）

平成17年度九州ブロック認定産業医制度研修会日程

△日 時 平成18年2月25日(土) 13:00～17:45
2月26日(日) 8:30～16:45
△場 所 産業医科大学産業医実務研修センター
講義：産業医実務研修センター 3階(305研修室)
実習：産業医実務研修センター 2階・3階
(305・210・作業環境測定実習室・215)

※2月25日(土)

12:30～13:00 受付(産業医実務研修センター 1階フロア)
13:00～13:15 開会挨拶
産業医科大学産業医実務研修センター所長 森 晃爾
13:15～14:35 講義「じん肺健診～新しいガイドラインを中心に～」
産業医実務研修センター作業環境管理部長 森本 泰夫
14:35～15:55 講義「VDT作業における作業管理」
産業医実務研修センター作業管理部長 三宅 晋司
16:10～17:30 講義「産業医に必要な労働安全衛生マネジメントシステムの知識」
産業医実務研修センター所長 森 晃爾
17:35～17:45 事務局連絡

※2月26日(日)

8:30～10:20 実習1「じん肺健診診断書作成」
森本泰夫・大神 明・長友寛子・小畑泰子
10:30～12:20 実習2「作業管理の実際－産業疲労の評価－」
三宅晋司・庄司卓郎・山田晋平
12:20～13:00 昼休み
13:00～14:50 実習3「労働安全衛生マネジメントシステム導入の実際」
森 晃爾・亀田高志・梶木繁之
15:10～16:30 講義「職場における個人情報保護の対応について」
産業医実務研修センター総括管理部長 堀江 正知
16:30～16:45 閉会挨拶
福岡県医師会

平成17年度九州ブロック認定産業医制度基礎研修会・生涯研修会申込書

受付No.	
-------	--

県医師会名	
地区医師会名	

ふりがな				性 別	1)男 2)女
氏 名				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 満 歳
医療機関名					
専 門 科 目	1)小児科 2)内科 3)外科 4)整形外科 5)その他 ()				
医療機関住所	〒 — Tel () —				
自 宅 住 所	〒 — Tel () —				
医師免許証					医籍登録 号 年 月 日
					明治・大正・昭和・平成 年 月 日
認定年月日	平成	年	月	日	認定証番号
過去の受講歴	1) 無し 2) 有り (平成 年度受講)				

※申込締切後、受講通知書を送付いたします

平成17年度 九州ブロック

認定産業医制度基礎研修・生涯研修会

宿泊のご案内

この度、「認定産業医制度基礎研修・生涯研修会」が平成18年02月25日(土)・26日(日)産業医科大学で開催されるにあたり日本旅行ではご参加の皆様への北九州での宿泊のお手伝いをさせていただきます。
ご参加される皆様のために廉価にてご案内させていただいておりますので、是非ともご利用いただきますようお願い申し上げます。

日本旅行天神支店 福岡イベントコンベンションセンター

所 長：増 田 洋 介

◆お申込み方法

別紙の申込書に必要事項をご記入いただき、FAXにてお申込み下さい。
申込み締切後、予約確認書・請求書をお送りいたしますので、お手元に届き次第、代金をお支払い下さい。

申込み締切日：平成18年01月31日(火)必着

◆お支払い方法

お支払いは以下の方法よりお選び下さい。

①銀行振込

銀行名：みずほコーポレート銀行 十五号支店 口座名：㈱日本旅行 口座番号：普通 3105857

※ 振込手数料は参加者のご負担とさせていただきます。

②クレジットカード

一括引き落としさせていただきます。

◆ホテル

* 設定日：平成17年02月24日(金)、02月25日(土)、02月26日(日)の3日間

* 料金は、朝食、サービス料、税金込みの料金です。* 八幡ロイヤルホテルは入湯税込みです。

申込記号	ホテル名	部屋タイプ	料金	会場までのアクセス
A	北九州プリンスホテル	シングル	9,450円	JR黒崎駅から徒歩15分 会場への無料バスがあります
B		ツイン	8,400円	
C	北九州八幡ロイヤルホテル	シングル	9,150円	JR枝光駅から徒歩7分
D		ツイン	8,150円	

◆変更・取消

日本旅行 福岡コンベンションセンターまで FAXにてご連絡下さい。下記の取消料を差し引いた金額を後日ご返金させていただきます。

※返金に伴う手数料はお客様負担となります。

宿泊日から起算して	7日～2日前	宿泊日の前日	宿泊日の当日	無連絡の場合
取消料	宿泊料の20%	50%	80%	100%

FAX番号 092-715-2827

平成17年度 九州ブロック 認定産業医制度基礎研修・生涯研修会

お申込み・お問い合わせ先
 日本旅行 福岡イベントコンベンションセンター 担当：宮岡・天野
 〒810-0073 福岡県福岡市中央区舞鶴2-2-1 筑邦銀行ビル5階
 TEL:092-732-6363 FAX:092-715-2827
 E-mail:fukuoka_ec@nta.co.jp

参 加 申 込 書

申込み 代表者	フリガナ						勤務先名	
							TEL	
							FAX	
関係書類 送付先	〒 ☐ 自宅 ☐ 勤務先							
フリガナ 氏 名		年 齢	性 別	宿 泊				同室者名
				希望ホテル申込記号	2/24	2/25	2/26	
例	ニチ リョ タ ロウ 日 旅 太 郎	40	男	第1希望 A	○	○	○	ニチリョ ジロウ
	第2希望 B						日 旅 次 郎	
1				第1希望				
				第2希望				
2				第1希望				
				第2希望				
3				第1希望				
				第2希望				
4				第1希望				
				第2希望				
備 考 欄								

※ 人員が4名様を超える場合は、この申込書をコピーしてご利用下さい。

お支払い方法

☐ 銀行振込

☐ クレジットカード……カード決済ご希望の方は、下記にご記入下さい。

カード名：☐ VISA ☐ JCB ☐ DC ☐ Diners ☐ UC ☐ Amex

カード番号

所持人氏名： 有効期限： 年 月

署名：

※ 変更・取消の時は、FAXにてご連絡下さい。

ご返金がある場合は、返金先の銀行名・支店名・口座番号・名義人も併せてご連絡下さい。

返金先口座	銀行名	支店名	口座番号	口座名義