



福岡医発第 1066 号（総）

平成 18 年 8 月 18 日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武



「日本医師会特別市民公開講座－後援：世界医師会」の開催について

標記の件につきまして、日本医師会より別添のとおり開催案内がまいりました。

9 月 10 日、11 日に「第 1 回 WMA アジア－大洋州地域会議」が行われ、地震や津波といった自然災害への対処とそれに伴う感染症の問題が主要テーマとして取り上げられることになっております。標記の講座は、この会議にあわせて同様のテーマで、一般の方や救急・防災を担当されている方を対象に開催されるものであります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、参加ご希望の方は直接、日本医師会へお申し込み頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。定員は 500 名で、定員になり次第締め切りとなります。

小郡三井医師会より

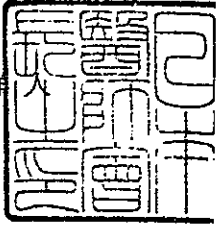
担当理事 永田正和



2006 年 8 月 10 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会
会長 唐澤 祥



「日本医師会 特別市民公開講座－後援：世界医師会－」開催のご案内

標記の特別市民公開講座を下記のとおり開催いたします。

別途ご案内の通り、本会は世界医師会 (WMA) と共催で本年 9 月 10 日、11 日に「第 1 回 WMA アジア－大洋州地域会議」を開催いたします。この地域会議では地震や津波といった自然災害への対処とそれに伴う感染症の問題を主要テーマとして取り上げ、最近アジア諸国で起こっている自然災害および感染症に対して医療関係者がいかに対応すべきかについて議論する場を提供するものです。

本会では、時宜を得たこの会議にあわせて、同様のテーマで一般の方々や各地域で救急・防災を担当されている方々を対象として、標記の市民公開講座を開催することとなりました。この公開講座は、WMA もその意義を高く評価しており、後援者として冒頭で WMA 会長と議長が挨拶をすることとなっております。

つきましては、今回の特別市民公開講座への参加を貴会会員を中心に呼びかけていただくようお願い申し上げます。

なお、この公開講座は日医ニュース平成 18 年 8 月 20 日号においても参加の呼びかけをすることとしておりますことを申し添えます。

記

- 会 議 名 : 「日本医師会 特別市民公開講座－後援：世界医師会－」
日 時 : 2006 年 9 月 10 日 (日) 13:00～15:00
場 所 : 日本医師会館 1 階大講堂
プログラム : ① 開会あいさつ
② 講演Ⅰ 葛西 健 (WHO 西太平洋事務局)
「アジアにおける感染症の実態と予防
～SARS 対策の経験を踏まえて～」
③ 講演Ⅱ 山本 保博 (日医大救急医学)
「災害への備えと災害時の対策」



日本医師会 特別市民公開講座—後援：世界医師会—

日時：平成18年9月10日（日）13：00～15：00

於：日本医師会館大講堂

総合司会）日本医師会常任理事

羽生田 俊

13：00～13：10 開会あいさつ：

唐澤 祥人（日本医師会会長）

Dr. Letlape（WMA 会長）

Dr. Blachar（WMA 議長）

13：10～14：30 講 演：

13：10～13：50 1. アジアにおける感染症の実態と予防 座長）日本医師会常任理事
～SARS 対策の経験を踏まえて～ 飯沼 雅朗

葛西健（WHO西太平洋事務局）

13：50～14：30 2. 災害への備えと災害時の対策 座長）日本医師会常任理事

山本保博（日本医科大学救急医学）

内田 健夫

14：30～14：55 質疑応答

14：55～15：00 閉会あいさつ：

羽生田常任理事

FAX 送信方向

FAX. 03-3946-2684

※番号をよく確認のうえ送信してください。

<参加申込み書> 日本医師会 特別市民公開講座—後援：世界医師会—
平成18年9月10日(日)開催

↑
参加ご希望の方は、この申込書にご記入の上、
郵便またはFAXでお申込みください。

住 所	〒 -		
氏 名		電話番号	
		FAX	

住 所	〒 -		
氏 名		電話番号	
		FAX	

住 所	〒 -		
氏 名		電話番号	
		FAX	

住 所	〒 -		
氏 名		電話番号	
		FAX	

※ボールペンでご記入ください。

※参加希望者の個人情報、参加票の発送に使用させていただきます。第三者に提供することはありません。



●郵便・FAX・電子メールによる申込みも受け付けております。

郵便・FAX・電子メールには必ず(1)郵便番号 (2)住所 (3)氏名 (4)電話・FAXを忘れずにご記入の上、お送りください。2名以上の場合はそれぞれご記入ください。

※受付は申し込み順となります。

また、定員になり次第、締め切らせていただきますので、ご了承ください。(約500名)

後日、順次参加票をお送りします。

郵 便／〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会地域医療第3課 行

F A X／03-3946-2684

E-Mail／wmaf2006@po.med.or.jp