



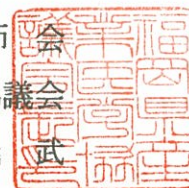
福産医発第 42 号

平成18年7月28日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
福岡県産業医学協議会
会長 横 倉 義 武



平成18年度産業医研修会開催について（ご案内）

標記の件につきまして、別紙日程のとおり研修会が予定されておりますので、貴会
会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

記

1. 千代田区医師会産業医研修会

日 時：平成18年9月17日（日）10：00～16：00

会 場：明治学院大学（東京都港区白金台1-2-37）

受 講 料：12,000円 ※指定日までにお支払い下さい。お支払いがない場
合にはキャンセル扱いになる場合があります。

申込・問合せ先：

〒160-0011 東京都新宿区若葉2-5-16 向井ビル3F

（株）ヒューマン・リサーチ TEL03-3358-5360

千代田区医師会産業医研修会事務局 担当：室谷

申 込 方 法：申込書に所定事項を記入し、返信用封筒（連絡先記入・80円切手）
を同封し、送付する。

申込書到着後、受講証・受講料振込案内・会場地図が送付されます。

受 講 定 員：300名（定員になり次第締め切ります）

修得単位数：基礎研修 5単位（実地3・後期2）

生涯研修 5単位（更新1・実地3・専門1）



小郡三井医師会より

担当理事 毛利康茂

2. 江東区医師会産業医研修会

日 時：平成18年11月3日（金・祝）9：40～15：30

会 場：カメラリアホール（東京都江東区亀戸2-19-1 カメラプラザ 3F）

受 講 料：7,000円 ※指定日までにお支払い下さい。お支払いがない場合
合にはキャンセル扱いになる場合があります。

申込・問合せ先：

〒160-0011 東京都新宿区若葉2-5-16 向井ビル3F

㈱ヒューマン・リサーチ Tel 03-3358-5360

江東区医師会医師会産業医研修会事務局 担当：室谷

申 込 方 法：申込書に所定事項を記入し、返信用封筒（連絡先記入・80円切手）
を同封し、送付する。

申込書到着後、受講証・受講料振込案内・会場地図が送付されます。

受 講 定 員：320名（定員になり次第締め切ります）

修得単位数：基礎研修 5単位（後期5）

生涯研修 5単位（更新1・専門4）



平成18年7月吉日

医師会事務局 殿

産業医研修会事務局

産業医研修会について

拝啓 初夏の候、貴医師会におかれましては益々御清栄のこととお慶び申し上げます。また、日頃のご厚誼に対し御礼申し上げます。

さてこの度、千代田区医師会、江東区医師会の2団体主催によります日本医師会認定産業医研修会が、別添パンフレットのとおりに開催される運びとなりました。

つきましては、ご多用のところ誠に恐縮に存じますが、貴会会員にご周知の程、ご高配ご協力宜敷お願い申し上げます。

敬具

(本件に関するお問い合わせ先)
㈱ヒューマン・リサーチ内 産業医研修会事務局
〒160-0011 新宿区若葉2-5-16 向井ビル3F
TEL 03-3358-5360 FAX 03-3358-4002
E-mail: human_1@gs-net.co.jp
担 当 室 谷 佳 枝



日本医師会認定
千代田区医師会産業医研修会
開 催 要 項

1. 日 時	平成18年9月17日(日) 10:00～16:00
2. 会 場	明治学院大学 (受講者には地図を送付します) 東京都港区白金台1-2-37 TEL. 03-5421-1556
3. 主 催	・千代田区医師会 ・東京都医師会(共催)
4. 対 象 者	認定産業医を希望する医師または認定産業医の更新を希望する医師
5. 受 講 料	9,000円(東京都医師会員) 12,000円(道府県医師会員) 15,000円(非会員)
6. 申 込 先 (お問合せ先)	〒160-0011 東京都新宿区若葉2-5-16 向井ビル3F ㈱ヒューマン・リサーチ TEL. 03-3358-5360 千代田区医師会産業医研修会事務局 担当:室谷
7. 申込方法	(1)申込書(同紙右側)に所定事項を記入する。 (2)返信用封筒(長3封筒12×23.5cm)に申込者の連絡先を記入し、 80円切手を貼る。 (3)申込書と返信用封筒を同封し、㈱ヒューマン・リサーチ内、 千代田区医師会産業医研修会事務局へ郵送する。
8. 申込締切日	平成18年8月25日(金)(但し定員になり次第締め切ります。)
9. 定 員	300名
10. 認定単位数 (1)又は(2) *申請中	(1)非認定産業医:基礎研修 5単位 ①実地研修 3単位 ②後期研修 2単位 (2)認定産業医:生涯研修 5単位 ①実地研修 3単位 ②更新 1単位 ③専門 1単位
11. そ の 他	(1)事務局に申込書が到着後 ①受講証 ②受講料の振込案内 ③会場地図 を返信用封筒に入れて送付いたします。 ※受講料は指定日までにお支払い下さい。お支払いがない場合にはキャンセル扱いになる場合があります。 (2)当日(9/17)は必ず会場受付にて受講証をご提示下さい。 (3)認定シールは研修会終了後、会場受付にて交換証と交換にお渡しをいたします。 (4)受講料は事前払いとし、払い込み後の返金はいたしません。

12. プログラム

時間	テ ー マ ・ 講 師	単 位 内 訳	
		基礎	生涯
10:00 ～11:00	(1)メンタルヘルスにおける産業医の役割 日本精神保健福祉連盟 常務理事 大 西 守	後期 (1)	専門 (1)
11:00 ～12:00	(2)過重労働対策のすすめ方 ー医師による面接指導の手法ー みずほ健康保険組合 大手町健康開発センター 額 川 一 忠	後期 (1)	更新 (1)
(休 憩)			
12:50 ～16:00	(3)・石綿曝露対策 ・作業環境改善対策 ・作業環境測定 (検知管測定) ・喫煙対策 十文字学園女子大学人間生活学部 教授 田 中 茂 東海大学医学部 講師 相 川 浩 幸 北里大学医療衛生学部 講師 仲 座 政 宏 労働衛生コンサルタント 岩 崎 毅	実地 (3)	実地 (3)

----- (切り取り) -----

NO. _____ (事務局用)
千代田区医師会産業医研修会 申 込 書
★ フリガナ 氏 名 _____
★ 所属医師会(都道府県) _____ 医師会(地区) _____ 医師会 ・ 無
★ 認定の有無 有 ・ 無 ・ 申請中 ★ 認定番号 _____
★ 御連絡先 (勤務先の場合は所属又は部門名をご記入下さい。)
(自・勤) 〒 _____
(所 属) _____
TEL _____ FAX _____

※必要事項ご記入の上、返信用封筒を添えて、ご郵送にてお申し込み下さい。

日本医師会認定
江東区医師会産業医研修会
開 催 要 項

1. 日 時	平成18年11月3日(金・祝) 9:40～15:30
2. 会 場	カメラiahall (受講者には地図を送付します) 東京都江東区亀戸 2-19-1 カメラiapラザ 3F TEL. 03-5626-2121
3. 主 催	・江東区医師会 ・東京都医師会 (共催)
4. 対 象 者	認定産業医を希望する医師または認定産業医の更新を希望する医師
5. 受 講 料	5,000 円 (東京都医師会員) 7,000 円 (道府県医師会員) 9,000 円 (非医師会員)
6. 申 込 先 (お問合せ先)	〒160-0011 東京都新宿区若葉 2-5-16 向井ビル 3F ㈱ヒューマン・リサーチ TEL. 03-3358-5360 江東区医師会産業医研修会事務局 担当: 室谷
7. 申込方法	(1) 申込書(同紙右側)に所定事項を記入する。 (2) 返信用封筒(長3封筒 12×23.5cm)に申込者の連絡先を記入し、80 円切手を貼る。 (3) 申込書と返信用封筒を同封し、㈱ヒューマン・リサーチ内、江東区医師会産業医研修会事務局へ郵送する。
8. 申込締切日	平成18年10月20日(金)(但し、定員になり次第締め切ります)
9. 定 員	320名
10. 認定単位数 (1)又は(2) *申請中	(1)非認定産業医:基礎研修 5単位 ①後期研修 5単位 (2)認定産業医:生涯研修 5単位 ①更新 1単位 ②専門 4単位
11. そ の 他	(1)事務局に申込書が到着後 ①受講証 ②受講料の振込案内 ③会場地図 を返信用封筒に入れて送付いたします。 ※受講料は指定日までにお支払い下さい。お支払いがない場合にはキャンセル扱いになる場合があります。 (2)当日(11/3)は必ず会場受付にて受講証をご提示下さい。 (3)認定シールは研修会終了後、会場受付にて交換証と交換にお渡しをいたします。 (4)受講料は事前払いとし、払い込み後の返金はいたしません。

12. プログラム

時間	テ ー マ ・ 講 師	単 位 内 訳	
		基礎	生涯
9:40 ～9:45	挨拶 江東区医師会 会長 斎 藤 正 人		
9:45 ～10:45	(1) アスベストの有害性について 北里大学医学部 衛生学公衆衛生学教室 教授 相 澤 好 治	後期 (1)	専門 (1)
10:45 ～11:45	(2) 職場の喫煙対策 松翁会診療所 所長 江 幡 良 晴	後期 (1)	専門 (1)
11:45 ～12:45	(3) 過重労働対策のすすめ方 ―医師による面接指導の手法― 東京産業保健推進センター 相談員 北 條 稔	後期 (1)	更新 (1)
(休 憩)			
13:30 ～14:30	(4) 安全衛生委員会への関わり方 中央青山監査法人 初 見 智 恵	後期 (1)	専門 (1)
14:30 ～15:30	(5) 職場のメンタルヘルス 順天堂大学医学部 精神医学教室 講師 八 田 耕 太 郎	後期 (1)	専門 (1)

----- (切り取り) -----

NO. _____ (事務局用)
江東区医師会産業医研修会 申 込 書
★ フリガナ 氏 名 _____
★ 所属医師会(都道府県) _____ 医師会・(地区) _____ 医師会 ・ 無
★ 認定の有無 有 ・ 無 ・ 申請中 ★ 認定番号 _____
★ 御連絡先(勤務先の場合は所属又は部門名をご記入下さい。)
(自・勤) 〒 _____
(所 属) _____
TEL _____ FAX _____

※必要事項ご記入の上、返信用封筒を添えて、ご郵送にてお申し込み下さい。