

福産医発第 5 号
平成20年 5月29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
(公 印 省 略)

平成20年度日本医師会認定産業医制度第2・3回基礎研修会
の開催について（ご案内）

日本医師会認定産業医制度における新規認定に必要な前期研修（14単位）の修得の為の研修会を別紙1のとおり開催いたしますので、会員各位への御周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 受講定員は、250名です。
- 2) 受講希望者を貴会でご確認の上、別添名簿により6月23日（月）迄に本会へご連絡願います。（別紙2）
- 3) 受講料〔1日：2,000円（テキスト代、昼食代含む）〕につきましては、貴会でお取りまとめの上、6月29日（木）までにご送金願います。
※振込先 口座番号：福岡銀行 天神町支店 普通預金 No.119181
口座名義：福岡県医師会
- 4) 今回、両日受講すると基礎研修（前期14単位）が修得できます。
- 5) 基礎研修の前期研修14単位は、本会主催分は2年に1度の開催となっておりますので、認定産業医の新規認定を希望される先生がいらっしゃいましたら是非ご出席いただきますよう周知方よろしくお願い致します。
- 6) 研修会当日の連絡先は、TEL 092-431-4808となっております。
- 7) 今回初めて受講される方については、当日の受付けにて手帳を発行いたしますので、別紙2の備考欄にその旨ご記載をお願いいたします。

小郡三井医師会より

産業保健担当理事 毛利康茂
会長 丸山 泉

これから産業医認定を受けられようとする方のための研修会です。受講ご希望の方は6月16日（月）までに当医師会事務局へご連絡ください。
受講料1日につき2,000円を医師会事務局へお届けください。

平成20年度日本医師会認定産業医制度第2回基礎研修会日程

△と き 平成20年7月13日(日) 9:00～17:00

△ところ 福岡県医師会館 5階研修室2

福岡市博多区博多駅南2-9-30 (TEL092-431-4564)

1. 開 会

2. 挨拶

3. 講 演

1) 総論(9:00～11:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教 岡 本 隆 史

2) 産業医活動の実際(11:00～12:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教 岡 本 隆 史

～ 昼 休 み ～

3) 作業管理(13:00～15:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教 門 脇 康 二

4) 作業環境管理(15:00～17:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教 門 脇 康 二

4. 閉 会

※研 修 単 位

研 修	修 得 単 位	
	基 礎 研 修	
3. 1)	前期研修 P 1 (1) 総論	2単位
3. 2)	前期研修 P 5 (8) 産業医活動の実際	1単位
3. 3)	前期研修 P 4 (6) 作業管理	2単位
3. 4)	前期研修 P 3 (5) 作業環境管理	2単位

平成20年度日本医師会認定産業医制度第3回基礎研修会日程

△と き 平成20年7月20日(日) 9:00～17:00

△ところ 福岡県医師会館 5階研修室2

福岡市博多区博多駅南2-9-30 (TEL092-431-4564)

1. 開 会

2. 挨拶

3. 講 演

1) 健康管理(9:00～11:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教

茅 嶋 康太郎

2) 健康保持増進(11:00～12:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教

茅 嶋 康太郎

～ 昼 休 み ～

3) メンタルヘルス対策(13:00～15:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教

梶 木 繁 之

4) 産業医活動の実際(15:00～16:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教

梶 木 繁 之

5) 有害業務管理(16:00～17:00)

産業医科大学産業医実務研修センター助教

梶 木 繁 之

4. 閉 会

※研 修 単 位

研 修	修 得 単 位	
	基 礎 研 修	
3. 1)	前期研修 P 2 (2) 健康管理	2 単位
3. 2)	前期研修 P 3 (4) 健康保持増進	1 単位
3. 3)	前期研修 P 3 (3) メンタルヘルス対策	2 単位
3. 4)	前期研修 P 5 (8) 産業医活動の実際	1 単位
3. 5)	前期研修 P 4 (7) 有害業務管理	1 単位

平成20年度日本医師会認定産業医制度基礎研修会（前期研修）受講希望者名簿
△ところ：福岡県医師会館 5階研修室

No.	申込者氏名	※希望日に○を記入下さい。		備考欄
		7月13日	7月20日	
例	○ ○ ○ ○	○	○	手帳発行
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

※ 五十音でご記入下さいますようお願い申し上げます。

_____医師会