



福岡医発第2451号(地)
平成21年 3月 2日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公 印 省 略)

肝炎治療に関する説明会について

福岡県においては、「医療機関における肝炎ウイルス無料検査事業」並びに「インターフェロン治療に係る医療費の一部助成制度」の実施により、肝炎ウイルスの総合対策が推進されており、貴会会員医療機関に本事業における治療医療機関としてご協力いただいているところですが、今般、本事業における肝炎治療に関する説明会を、主に医療従事者（看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務等）を対象として、下記のとおり開催したい旨別紙のとおり連絡がありましたので、ご案内申し上げます。

なお、肝炎治療医療機関へは直接本会より別添のとおりご案内しておりますことを申し添えます。

また、今般、本事業における検査・治療医療機関指定の辞退届の様式を作成した旨、県庁保健医療介護部健康増進課より連絡がありましたので、併せて別紙のとおりお送りいたします。

記

- 1 日 時 平成21年3月11日(水) 19:00
- 2 会 場 福岡県医師会館 5階
- 3 対象者
肝炎治療に携わる医療従事者（看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務）等
- 4 内 容
 - 「ウイルス性肝炎の最新の治療」
 - 「C型肝炎ウイルスが引き起こす肝外病変 とくに粘膜疾患」
 - 「インターフェロン治療費の一部を助成する制度」の概略説明

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 名取一幸
地域保健副担当理事 毛利康茂
会 長 丸山 泉

ご出席につきましては、直接福岡県医師会へお申し込み下さい。



福岡医発第2421号(地)
平成21年 2月27日

肝炎治療医療機関長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

肝炎治療に関する説明会について

福岡県においては、「医療機関における肝炎ウイルス無料検査事業」並びに「インターフェロン治療に係る医療費の一部助成制度」の実施により、肝炎ウイルスの総合対策が推進されており、貴院に本事業における治療医療機関としてご協力いただいているところですが、今般、本事業における肝炎治療に関する説明会を、主に医療従事者（看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務等）を対象として、下記のとおり開催いたしますのでご案内申し上げます。

つきましては、ご出席の場合には、別紙1の出席票を本会地域医療課宛にFAX(092-411-6858)にてお送り下さいますようお願い申し上げます。

また、本事業に係る検査・治療医療機関の指定を辞退される場合には、別紙2の辞退届を福岡県保健医療介護部健康増進課宛にご提出下さいますようお願い申し上げます。

記

- 1 日 時 平成21年3月11日(水) 19:00
- 2 会 場 福岡県医師会館 5階
- 3 対象者
肝炎治療に携わる医療従事者（看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務）等
- 4 内 容
 - 「ウイルス性肝炎の最新の治療」
 - 「C型肝炎ウイルスが引き起こす肝外病変 とくに粘膜疾患」
 - 「インターフェロン治療費の一部を助成する制度」の概略説明

「公印省略」

20 健第 4790 号

平成 21 年 2 月 19 日

(社) 福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課疾病対策係)

肝炎治療に関する説明会について

日頃から本県の保健医療介護行政の推進にあたりましては、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記について下記のとおり医療従事者等を対象とした説明会を開催いたしますので貴会員へ周知いただきますようお願い申し上げます。

記

- 1 日時 平成 21 年 3 月 11 日 (水) 19 時～
- 2 場所 福岡県医師会館
- 3 対象者
肝炎治療に携わる医療従事者等 (看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務等)
- 4 内容
 - 「ウイルス性肝炎の最新の治療」
 - 「C 型肝炎ウイルスが引き起こす肝外病変とくに粘膜疾患」
 - 「インターフェロン治療費の一部を助成する制度」の概要説明

福岡県医師会地域医療課 行
(092-411-6858)

肝炎治療に関する説明会 出席票

△と き 平成21年3月11日(水) 19:00

△ところ 福岡県医師会館 5階研修室

医療機関名 _____

出席者氏名 _____

職 種 _____

(送信先 FAX : 092-643-3271)

検査・治療医療機関 辞退届

福岡県保健医療介護部健康増進課長 殿

福岡県肝炎ウイルス (検査・治療※) 医療機関としての指定を辞退いたします。
(※治療医療機関で、治療のみ辞退の場合は治療のみ、検査・治療双方を辞退の場合は検査・治療共に○で囲んでください。)

申請者住所 (法人所在地) _____

申請者氏名 (法人名称及び代表者氏名) _____

印

医療機関の概要

医療機関名 _____

医療機関住所 (〒 —)

連絡先 TEL

FAX

管理者氏名