



平成21年11月20日

医師会長 殿

日本橋医師会長

会長 大 辻 正 高

(公 印 省 略)

日本医師会認定・日本橋医師会「産業医研修会」の開催について

拝啓、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

日頃より、当会の運営につきましては、格別なご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本会は東京都医師会との共催により、別添要項のとおり産業医研修会を開催致します。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮に存じますが、貴会会員にご周知方、お願い申し上げます。

なお、本研修会は、日本医師会認定産業医制度の基礎研修、生涯研修に指定される予定です。

敬具

日本橋医師会・事務局

TEL:03-3666-0682

FAX:03-3669-5576

会場は800名超収容の会場にて余裕ある着席が出来るよう考慮致しました。先生方のお越しをお待ちしております。

補 足 事 項

受付は申し込み順とさせて戴きますので、別添の申し込み書を利用し随時FAXまたは郵送にて事務局へ送信願います。なお、申し込み書の受理後は研修会事務局より参加希望者へ受講に関する資料を送信させていただきます。

＊ 参加申込者の御連絡先を忘れずご記入下さい。

＊ 受講資料の送付先に地区医師会を希望される時は連絡先に地区医師会住所を記入下さい。

日本医師会認定・日本橋医師会産業医研修会・開催要項

1. 日 時	平成22年3月22日（月・祝） 12:30～18:00
2. 会 場	銀座プロッサム中央会館（受講者には地図を送付します） 東京都中央区銀座2丁目15番6号 電話：03-3542-8585
3. 主 催	・日本橋医師会 ・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	東京都医師会員 8,000 円 道府県医師会員 10,000 円 非医師会員 12,000 円
6. 申 込 先 （お問合せ先）	〒150-0043 東京都渋谷区道玄坂 1-22-10 見真ビル2F ユースフルクリエイツ産業医研修会事務局 TEL. 03-4330-5568 FAX. 03-4330-5569
7. 申込方法	所定事項を記入した申込書を、産業医研修会事務局へ FAX 又は郵送する。 HP から申込書入手 http://www.tttsanpo.com/ （東京中央地域産業保健センター）
8. 申込締切日	平成22年3月15日（月）（但し、定員になり次第締め切ります）
9. 定 員	500人
10. 認定単位数 （1）又は（2）	（1）非認定産業医：基礎研修（後期）5単位 （2）認定産業医：生涯研修 5単位（専門4単位、更新1単位）
11. そ の 他	（1）事務局に申込書が到着後 ①受講料の振込み案内を送付致します。 ②入金確認後、受講票・会場案内を送付致します。 ※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）当日は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
12:40 ～13:40	1. 『非正規雇用労働者の健康管理』 一派遣労働者の安全衛生管理に関する通達の解説一 講師：労働衛生コンサルタント事務所オックス・所長 竹田 透	後期 (1)	更新 (1)
13:40 ～14:40	2. 『派遣労働者のメンタルヘルス対策の実際』 講師：産業医科大学 産業生態科学研究所 精神保健学 准教授 廣 尚典	後期 (1)	専門 (1)
14:40 ～15:40	3. 『障害者雇用と産業保健の役割』 講師：第一三共 統括産業医 松井 春彦	後期 (1)	専門 (1)
15:55 ～16:55	4. 『産業医活動の実際①』 嘱託産業医の健康管理活動の進め方 講師：医療法人社団東山会調布東山病院 健診室長 大野 明彦	後期 (1)	専門 (1)
16:55 ～17:55	5. 『産業医活動の実際②』 嘱託産業医の職場巡視・衛生委員会・有害業務管理の進め方 講師：株式会社リージャ産業医 浜口 伝博	後期 (1)	専門 (1)

日本医師会認定・日本橋医師会産業医研修会申込書

開催日：平成 22 年 3 月 22 日（月・祝）・ 会場：銀座ブロッサム中央会館

1、フリガナ
氏 名 _____

2、医師会所属（医師会所属 有 ・ 無 ）

所属(都道府県)医師会 _____ 医師会・（地区） _____

3、認定産業医の有無 有 ・ 無 _____ 認定番号 _____

：御連絡先（受講票等の送付先を記入下さい）

- ・ 勤務先の場合は所属・部門までご記入ください。
- ・ 受講資料の送付先に地区医師会を希望される時は地区医師会住所をご記入下さい。

4、送付先指定（自宅 ・ 勤務先 ・ 地区医師会 ） 〒 _____

住所： _____

勤務先・地区医師会（送付先が自宅以外の時に記入して下さい。） _____



（所 属） _____

TEL _____ FAX _____

携帯番号： _____

連 絡 欄

FAX または郵送にて下記へ送信下さい。

〒150-0043 東京都渋谷区道玄坂1-22-10 見真ビル 2F
産業医研修会事務局 TEL . 03-4330-5568

F A X . 0 3 - 4 3 3 0 - 5 5 6 9