第884号 受付 22.10.18 小郡三井医師会

平成２２年１０月１５日

各　医師会長　様

労働者健康福祉機構
福岡産業保健推進センター
所長　　織　田　　進

「産業医に対するメンタメヘルス対策等に関する研修会」の実施について（ご案内）

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素から当センターの事業運営につきまして、ご指導ご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当センターは本年度も厚生労働省から標記委託事業を受け、別紙ご案内のとおり、産業医に対するメンタルヘルス対策等に関する研修会を開催いたします。

つきましては、本研修会の趣旨をご理解の上、貴会々員様にご案内賜りたくお願い申し上げます。

末筆ではございますが、貴会並びに貴殿の今後益々のご繁栄を祈念申し上げます。

**【お願い】**

- **本研修会は参加人数が限られております。(定員100名)**
  **従いまして、本状ご案内の前に定員に達している可能性もあります。誠に申し訳ございませんが、その際はキャンセル待ちとさせていただきますので、あらかじめご了解賜りますようお願い申し上げます。**
- **また、事前のお申し込みの無い方の研修会当日の参加はできません。ご理解賜りますようお願い申し上げます。**
- **定員になり次第、締め切らせていただきますので、お早めのご案内をお願い申し上げます。**

**小郡三井医師会より**　　**産業保健担当理事　権藤秀之**
**会長　蒲池　壽**

**お申し込みは直接福岡産業保健推進センターへお願いいたします。**

厚生労働省委託事業

# 『産業医に対するメンタルヘルス対策等に関する研修』のご案内

精神科医に対して産業保健に関する必要な知識を付与する研修を実施し、また、産業医に対してメンタルヘルスに関する必要な知識を付与する研修をすることにより、メンタルヘルス不調により休業している労働者の職場復帰において、主治医と産業医の円滑な連携が図られることを目的としています。
受講された産業医の方々は、**日本医師会認定産業医生涯研修3.5単位を申請中です。**

## 2010年 11月27日(土) 13:30~17:00

**会 場：チサンホテル博多2F フォレスタ2**

**定 員：100人** [定員になり次第、締め切らせていただきます。]

参加費 無料 事前申込制

**研修対象者** 産業医のみなさま方

## 内容 講師

**1 労働安全衛生法における職場のメンタルヘルス対策**
特別相談員・産業医科大学産業医実務研修センター教授 堤 明純

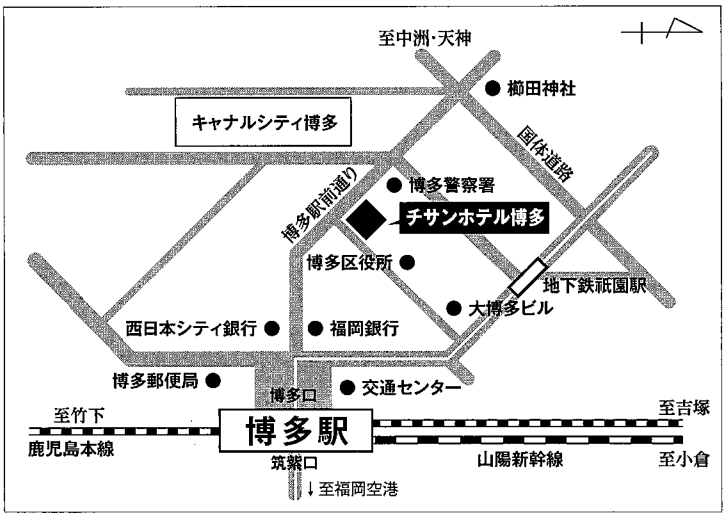
**2 職場復帰支援対策**
基幹相談員・産業医科大学産業生態科学研究所名誉教授 永田 頌史

**3 労働安全衛生法における長時間労働者に対する医師による面接指導等の手技**
特別相談員・トータルヘルス(株)代表取締役・医師 林田 耕治

主 催 独立行政法人 労働者健康福祉機構 福岡産業保健推進センター
共 催 社団法人 福岡県医師会
事業受託者 独立行政法人 労働者健康福祉機構

要申込

## 会場のご案内




### チサンホテル博多 フォレスタ2

住所：〒812-0011
福岡県福岡市博多区博多駅前2-8-11
電話：092-411-3211

※駐車場は用意しておりません。
公共交通機関をご利用ください。

**■ 交通のご案内**

- JR博多駅【博多口】から徒歩7分
- 地下鉄空港線【祇園駅】P2出口から徒歩5分
- 福岡空港から車で20分
- 九州自動車道福岡ICから
都市高速経由呉服町ランプより5分

## 申し込み方法

●FAXによりお申し込みください。
参加申込書は、当センターのホームページからもダウンロードできます。

お申し込み先
お問い合わせ先

独立行政法人 労働者健康福祉機構
**福岡産業保健推進センター**

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 福岡県メディカルセンタービル1階
**TEL** 092-414-5264 **FAX** 092-414-5239
URL:http://ww2.tiki.ne.jp/~suishin/ E-mail suishin@mx2.tiki.ne.jp

### 福岡県会場

**「産業医に対するメンタルヘルス対策等に関する研修」申込み**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | | | |
| 事業場名（勤務先名） | | | | | | |
| 連絡先 | 住　所 | 〒<br>都 道<br>府 県 | | | | |
| | TEL | | FAX | | E-mail | |
| 該当する番号に○をつけてください。 | 1. 産業医 | | | | | |
| あてはまる方はご記入ください | 所属郡市区医師会名 | | | | | 医師会 |
| | 認定証番号（認定産業医のみ） | | | | | |

※参加申込書に必要事項をご記入の上、切り取らずにこのままFAXでお申し込み下さい。
※申込書に記入いただいた情報は、本研修会における参加者名簿作成のために使用いたします。

独立行政法人 労働者健康福祉機構
**福岡産業保健推進センター**

**FAX 092-414-5239**