



福岡県医師会第2282号（地）

平成23年12月28日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻 一 良
(公 印 省 略)

東京都医師会（日本橋・葛飾区医師会）産業医研修会の開催について（ご案内）

標記の件につきまして、(株) ヒューマン・リサーチ内 産業医研修会事務局より「日本医師会認定産業医研修会」を開催する旨、別紙のとおり通知が参りました。

つきましては、貴会会員にご周知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 受講希望者は、別紙申込書により直接下記事務局へお申込みいただきますようお願いいたします。
- 2) 研修会の開催要項については、(株) ヒューマン・リサーチホームページ (<http://www.human-research.jp/>) にも掲載されております。

記

【お問い合わせ先】

(株) ヒューマン・リサーチ内 産業医研修会事務局
〒160-0011 東京都新宿区若葉 2-5-16 向井ビル 3F
Tel : 03-3358-5360 FAX : 03-3358-4002
E-mail : human_1@abox3.so-net.ne.jp
担当 室谷 佳枝

小郡三井医師会より

産業保健担当理事 榎藤秀之
会長 蒲池 壽

平成23年12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 寒冷の候、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、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。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

敬具

※下記の弊社ホームページからも開催要項をダウンロード可能です。

URL: <http://www.human-research.jp/>

(本件に関するお問い合わせ先)

(株)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@abox3.so-net.ne.jp

担 当 室 谷 佳 枝



日本医師会認定 東京都医師会・日本橋医師会産業医研修会 開 催 要 項

1. 日 時	平成24年2月11日（土・祝） 12:30～17:50
2. 会 場	銀座ブロッサム 中央会館ホール （東京駅よりタクシー6～7分） 東京都中央区銀座2-15-16 TEL. 03-3542-8585
3. 主 催	東京都医師会
4. 協力団体	日本橋医師会
5. 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
6. 受 講 料	8,000円（東京都医師会員） 10,000円（道府県医師会員） 12,000円（非医師会員）
7. 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 日本橋医師会産業医研修会事務局 担当：室谷
8. 申込方法	(1) 申込書に所定事項を記入する。 (2) 返信用封筒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、 日本橋医師会産業医研修会事務局へ郵送する。
9. 申込締切日	平成24年2月3日（金）（但し、定員になり次第締め切ります）
10. 定 員	500名
11. 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更新研修 1単位 ②専門研修 4単位
12. そ の 他	(1) 事務局に申込書が到着後 ①受講証＋シール交換証 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(2/11)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、会場受付にてシール交換証と引き換えにお渡しいたします。 (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。

13. プログラム

時間	テ ー マ ・ 講 師	単 位 内 訳	
		基礎	生涯
12:30 ～13:30	(1) 産業医の役割 ーもしも産業医がドラッカーの「マネジメント」を読んだらー 新日本有限責任監査法人 統括産業医 浜 口 伝 博	後期 (1)	専門 (1)
13:30 ～14:30	(2) 職場巡視の実際 労働衛生コンサルタント事務所オークス 所長 竹 田 透	後期 (1)	専門 (1)
14:30 ～15:30	(3) 健康診断の事後措置と過重労働による健康障害の防止 みずほ信託銀行 産業医 穎 川 一 忠	後期 (1)	専門 (1)
(昼 食)			
15:45 ～16:45	(4) 母性健康管理の実際 すてっぷ産業医事務所 所長 長 井 聡 里	後期 (1)	専門 (1)
16:45 ～17:45	(5) 労働安全衛生法の改正と今後のメンタルヘルス対策 第一三共(株)健康推進センター 統括産業医 松 井 春 彦	後期 (1)	更新 (1)

----- (切り取り) -----

NO. _____
(事務局用)
日本橋医師会産業医研修会 (H24. 2. 11) 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
東京都医師会・葛飾区医師会産業医研修会
開 催 要 項

1. 日 時	平成24年1月28日(土) 13:25～18:40
2. 会 場	葛飾区医師会館 3階 講堂 (受講者には地図を送付します) 東京都葛飾区立石5-15-12 TEL. 03-3691-8536
3. 主 催	・東京都医師会 ・葛飾区医師会(協力団体)
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	7,000円(東京都医師会員) 8,000円(道府県医師会員及び非医師会員)
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 葛飾区医師会産業医研修会事務局 担当: 室谷
7. 申込方法	(1) 申込書に所定事項を記入する。 (2) 返信用封筒(長3)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、葛飾区医師会産業医研修会事務局へ郵送する。
8. 申込締切日	定員になり次第締め切り
9. 定 員	150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更新研修 1単位 ②専門研修 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(1/28)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、会場受付にて受講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
13:25 ～13:30	挨拶 葛飾区医師会 会長 石 川 辰 雄		
13:30 ～14:30	(1) 職業性接触皮膚炎 東邦大学医学部 第一皮膚科学講座 准教授 関 東 裕 美	後期 (1)	専門 (1)
14:30 ～15:30	(2) 海外勤務者の健康管理 東京医科大学病院 渡航者医療センター 教授 濱 田 篤 郎	後期 (1)	専門 (1)
(休 憩)			
15:40 ～16:40	(3) 地域産業保健センターの業務について 高山医院 院長 高 山 俊 政	後期 (1)	専門 (1)
16:40 ～17:40	(4) 職場に必要な感染症対策 高輪労働衛生コンサルタント事務所 所長 寺 田 隼 人	後期 (1)	専門 (1)
17:40 ～18:40	(5) 産業医に必要な法令について 加藤労働衛生コンサルタント事務所 所長 加 藤 雅 治	後期 (1)	更新 (1)

----- (切り取り) -----

NO. _____ (事務局用)
葛飾区医師会産業医研修会 (H24. 1. 28) 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。