



福岡医発第1321号(地)

平成24年 8月21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、貴会会員への周知方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/>)からもダウンロード可能です。

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 白石恒明
会長 蒲池 壽

平成24年8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 炎暑の候、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)

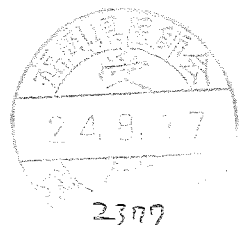
(株)ヒューマン・リサーチ内 産業医研修会事務局

〒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
目黒区医師会産業医研修会
開 催 要 項

1. 日 時	平成24年9月15日(土) 13:30～18:50
2. 会 場	目黒区医師会館 (受講者には地図を送付します) 東京都目黒区鷹番2丁目6-7 TEL. 03-3714-2101
3. 主 催	・東京都医師会 ・目黒区医師会(協力団体)
4. 対 象 者	認定産業医を希望する医師及び認定産業医の更新を希望する医師
5. 受 講 料	10,000円(東京都医師会員) 12,000円(道府県医師会員) 15,000円(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 目黒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(定型最大12×23.5cm)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、目黒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ます
9. 定 員	130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 2単位 ②実地研修 3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 1単位 ③実地研修 3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(9/15)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交換に致します。 (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
13:30 ～ 14:30	(1)労働安全衛生法及び関係法令の解説 高輪労働衛生コンサルタント事務所 所長 寺 田 勇 人	後期 (1)	更新 (1)
14:30 ～ 15:30	(2)職場の健康管理 国際医療福祉大学臨床医学研究センター 教授 岡 崎 勲	後期 (1)	専門 (1)
(休 憩)			
15:40 ～ 18:50	(3)過重労働の多面的アプローチ 株式会社ニコンビジネスサービス 衛生管理者 對 木 博 一	実地 (1)	実地 (1)
3 班に分 かれ、各テ ーマを入 れ替えて 受講する。	(4)室内環境測定について 十文字学園女子大学 人間生活学部 教授 田 中 茂	実地 (1)	実地 (1)
	(5)職場の感染症対策 エクソンモービル(有) 医務産業衛生部 荒 武 優	実地 (1)	実地 (1)

----- (切り取り) -----

NO. _____ (事務局用)
目黒区医師会産業医研修会 (H24. 9. 15) 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・千代田区医師会産業医研修会 開 催 要 項

1. 日 時	平成24年9月22日（土・祝） 9：55～16：00
2. 会 場	明治学院大学 （受講者には地図を送付します） 東京都港区白金台1-2-37 TEL. 03-5421-1556
3. 主 催	東京都医師会
4. 協力団体	千代田区医師会
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	9,000円（東京都医師会員） 12,000円（道府県医師会員） 15,000円（非会員）
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 千代田区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、 千代田区医師会産業医研修会事務局へ郵送する。
9. 申込締切日	定員になり次第締め切ります。
10. 定 員	300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実地研修 3単位 ②後期研修 2単位 (2) 認定産業医：生涯研修 5単位 ①更新研修 1単位 ②実地研修 3単位 ③専門研修 1単位
12. 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(9/22)は必ず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、会場受付にて交換証と交換にお渡しをいたします。（認定シールのお渡しは当日限りとなります。） (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
9:55 ～10:00	挨拶 千代田区医師会 会長 小 池 昭 夫		
10:00 ～11:00	(1) 産業医にとって忘れてはならない感染症 東京通信病院 病院長 木 村 哲	後期 (1)	専門 (1)
11:00 ～12:00	(2) 産業医が熟知すべき法律 高梨滋雄法律事務所 弁護士 高 梨 滋 雄	後期 (1)	更新 (1)
(休 憩)			
12:50 ～16:00	(3) 職場のメンタルヘルス対策 ―事例検討― 医療法人社団心静会 南海クリニック 院 長 南 海 昌 博 医療法人社団心静会 南海クリニック 副院長 道 明 智 徳 (4) 職場の過重労働対策 ―事例検討― 医療法人社団 こころとからだの元氣プラザ 統括所長 及 川 孝 光 ノバルティスファーマ(株)人事部門健康管理担当部長 川 名 一 夫 (5) 職場の感染症対策 ―事例検討― (医)社団医王会丸の内トラストタワークリニック 院長 濱 本 恒 男 東京通信病院 感染症内科医長 糸 山 智	実地 (3)	実地 (3)

----- (切り取り) -----

NO. _____ (事務局用)
東京都医師会・千代田区医師会産業医研修会 申 込 書 (H24. 9. 22)
★ 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。