



福岡医発第 1835 号 (総)

平成 24 年 10 月 26 日

各医師会長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

女性医師支援センター事業九州ブロック会議について

拝啓 秋涼の候、貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、日本医師会では、女性医師バンクを中心とした女性医師支援センター事業を実施しておりますが、今年も地域から声を伺うと同時に、女性医師支援センター事業をご理解いただく、双方向の情報伝達の機会を設けることを目的として、標記会議が企画されております。

今回は日本医師会女性医師バンクコーディネーターが所属する本会が企画・運営をさせていただく運びとなりました。内容といたしましては、九州各県医師会の女性医師支援に関する事業への取り組み等について報告が行われる予定となっております。

つきましては、貴会役員等で女性医師支援に対する関心が高く、その取り組みをされている方がいらっしゃいましたら、ご案内についてご高配の程よろしくをお願いします。

なお、

- 1) ご出席の場合は 12月3日(月) までに返信用紙にてご回答下さい。
- 2) 本会からの旅費の負担はございませんので、何卒ご了承ください。
- 3) 本会の男女共同参画部会委員会委員には別途ご案内しております。
- 4) 当日は無料の託児施設を設置いたしますので、ご利用の方は別紙にてご連絡下さい。

敬 具

記

△と き 平成 24 年 12 月 16 日 (日) 14:00~16:00

※終了後に懇親会を開催する予定です。

△ところ ホテルニューオータニ博多 3 階「アイリス」

福岡市中央区渡辺通 1-1-2 TEL 092-714-1111 (代)

小郡三井医師会より

副会長 廣瀬真恵

会長 蒲池 壽

福岡県医師会総務課 行
FAX : 092-411-6858

女性医師支援センター事業九州ブロック会議
出席者

医師会

【出席者】

氏 名	役 職	懇親会へのご出欠
		出 ・ 欠
		出 ・ 欠
		出 ・ 欠
		出 ・ 欠
		出 ・ 欠
		出 ・ 欠

※記載欄が足りない場合はコピーをしてご使用ください

福岡県医師会総務課 行
FAX : 092-411-6858

女性医師支援センター事業九州ブロック会議

託児サービス利用申込書

ご氏名 _____

お電話番号 _____

	ふりがな お子様のお名前	性別	年齢	食事介助	備考 (注意事項等)
1		男	才 ヶ月	要	
		女		不要	
2		男	才 ヶ月	要	
		女		不要	
3		男	才 ヶ月	要	
		女		不要	
4		男	才 ヶ月	要	
		女		不要	

- ・ 全ての欄にご記入をお願いいたします。
- ・ 3才以下のお子様は月齢のご記入をお願いいたします。
- ・ お食事はご準備いただいたものをお子様に提供いたします。こちらではご用意しておりませんので、必要があればお弁当、ミルクなどを各自ご持参ください。