



福岡医発第 1354 号 (総)
平成 25 年 8 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

福岡県医師会第 11 回「卒後臨床研修指導医ワークショップ」の開催について

平素より生涯教育推進のためにご尽力いただきまして、誠にありがとうございます。
す。

さて、福岡県医師会では、「卒後臨床研修指導医ワークショップ」を 1 泊 2 日の合宿形式でこれまで 10 回実施してまいりました。

この度、第 11 回ワークショップを平成 25 年 10 月 26 日、27 日に開催することになりましたのでご案内申し上げます。内容は、基本的にこれまでと同様でございます。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただき、貴会会員へのご案内方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 申し込みは、FAX にて本会総務課宛に、平成 25 年 9 月 24 日 (火) までにご返送くださいますようお願いいたします。
- 2) 本ワークショップを修了しますと厚生労働省医政局長並びに日本医師会長・福岡県医師会長連名の修了証書および日医生涯教育制度参加証を発行いたします。
- 3) 平成 21 年 4 月より指導医の要件として、指導医講習会を受講したことが必須要件となりましたことから、参加申し込みは会員を優先とさせていただきますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

学術・生涯教育担当理事 榎藤秀之
会長 蒲池 壽

福岡県医師会第11回「卒後臨床研修指導医ワークショップ」
開催についてのご案内

主 催 福岡県医師会

参加者 各医師会参加希望者（40名）
※医師会会員を優先に受付します。

日 時 平成25年10月26日（土） 9:00 ～ 10月27日（日） 17:20

場 所 北九州八幡ロイヤルホテル
〒805-0002 福岡県北九州市八幡東区枝光 1-1-1 TEL 093-662-1023

方 法 1泊2日の合宿形式によるワークショップ（講習時間16時間以上）

テーマ 「卒後臨床研修プログラム立案」（別紙プログラム参照）

タスクフォース（指導者）	倉本 秋	高知医療再生機構理事長
	宮下 光世	独立行政法人国立病院機構 長崎川棚医療センター院長
	森田 恵美子	産業医科大学病院 産業医臨床研修等指導教員・准教授
	林 弘人	独立行政法人国立病院機構 関門医療センター副院長
	谷口 純一	熊本大学生命科学研究部 診療実践教育学分野特任准教授

参加費用 医師会員：30,000円
非会員：60,000円

- * 10月26日夕食・宿泊費、10月27日の朝食・昼食費を含みます。（会場までの旅費は本会では負担しません。）
- * 事前にお振込みいただき、当日欠席した場合でも返却いたしません。

日程表

第1日 10月26日(土)	
8:30～	受 付
9:00～	開 会
9:10～	参加者紹介
9:35～	ワークショップとは
9:50～	社会が求める医師の基本的臨床能力とは
11:20～	コーヒースタイル
11:30～	臨床研修制度 最近の動向
11:50～	昼食
12:40～	研修プログラム立案作業のテーマ決定
13:15～	研修目標
16:00～	コーヒースタイル
16:10～	研修方略
18:20～	研修指導医のあり方
20:00～	第1日の評価
20:10～	夕食・情報交換会

第2日 10月27日(日)	
8:30～	第1日のふりかえり
8:40～	研修評価
11:10～	コーヒースタイル
11:20～	メディカルサポート・コーチング「ビデオ」
11:50～	昼 食
12:40～	心に残った研修医 SEA 体験
14:20～	フィードバック
14:40～	コーヒースタイル
14:50～	医学教育変革の流れ
15:20～	臨床研修の充実に向けて
16:40～	WSふりかえり
16:55～	閉 会

(17:20 終了予定)

スケジュールは状況によって、多少変更する場合があります。

FAX 福岡県医師会総務課行き 092-411-6858

第 11 回福岡県医師会「卒後臨床研修指導医ワークショップ」

参 加 希 望 者 (全てに必ずご記入下さい)

ふりがな

氏 名 :

所 属 :

役 職 :

診療科目 :

年 齢 :

勤務先が臨床研修指定病院で【 ある ・ ない 】(○で囲んでください)

連 絡 先 : 〒

TEL () —

FAX () —

参加者の医師会入会状況 :【 会員 ・ 非会員 】(○で囲んでください)

参 加 希 望 者 (全てに必ずご記入下さい)

ふりがな

氏 名 :

所 属 :

役 職 :

診療科目 :

年 齢 :

勤務先が臨床研修指定病院で【 ある ・ ない 】(○で囲んでください)

連 絡 先 : 〒

TEL () —

FAX () —

参加者の医師会入会状況 :【 会員 ・ 非会員 】(○で囲んでください)