



福岡医発第 447 号 (地)

平成 25 年 5 月 8 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/>) からダウンロード可能です。
- 3) 本研修会に関するお問合せにつきましては、下記事務局までご照会下さい。

【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 (担当：室谷)

〒160-0011 東京都新宿区若葉 2-5-16 向井ビル 3 F

TEL : 03-3358-5360 FAX : 03-3358-4002

E-mail : human_1@abox3.so-net.ne.jp

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25年4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 陽春の候、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・中央区医師会産業医研修会 開 催 要 項

1. 日 時	平成25年7月7日(日) 9:40~17:50
2. 会 場	有楽町朝日ホール 東京都千代田区有楽町 2-5-1 有楽町マリオン 1F TEL. 03-3284-0131
3. 主 催	東京都医師会
4. 協力団体	中央区医師会
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	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 中央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(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、 中央区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25年6月24日(月)(但し、定員になり次第締め切ります)
10. 定 員	700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 7単位 ①後期研修 7単位 (2) 認定産業医:生涯研修 7単位 ①更新研修 1単位 ②専門研修 6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となる場合があります。 (2) 当日(7/7)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。

13. プログラム

時間	テ ー マ ・ 講 師	単 位 内 訳	
		基礎	生涯
9:40 ～ 9:45	挨拶 中央区医師会 会長 市 川 尚 一		
9:45 ～11:15	(1) 職場復帰支援 慈友クリニック 院長 米 沢 宏	後期 (1.5)	専門 (1.5)
11:15 ～12:45	(2) 労働衛生行政 信州大学医学部 衛生学公衆衛生学講座 教授 野見山 哲生	後期 (1.5)	専門 (1.5)
(昼 食)			
13:40 ～14:40	(3) メタボ時代の健康管理 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)
14:40 ～15:40	(4) 職場における感染症対策 EMGマーケティング合同会社 医療産業衛生部 鈴 木 英 孝	後期 (1)	専門 (1)
(休 憩)			
15:50 ～16:50	(5) 産業医に必要な労働衛生法規 東京産業保健推進センター 副所長 野村 みどり	後期 (1)	更新 (1)
16:50 ～17:50	(6) 職場における過重労働対策 ノバルティスファーマ(株) 人事部門健康管理担当部長 総括産業医 川 名 一 夫	後期 (1)	専門 (1)

----- (切り取り) -----

NO. _____
中央区医師会産業医研修会 (H25. 7. 7)
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・慈恵医師会産業医研修会
開 催 要 項

1. 日 時	平成25年7月7日(日) 9:55~16:00
2. 会 場	東京慈恵会医科大学 中央講堂(受講者には地図を送付します) 東京都港区西新橋3-25-8 TEL. 03-3433-1111
3. 主 催	東京都医師会
4. 協力団体	慈恵医師会
5. 対 象 者	・東京都医師会員 ・道府県医師会員 ・非医師会員
6. 受 講 料	・東京都医師会員 6,000円 ・道府県医師会員 8,000円 ・非医師会員 10,000円 (昼食お弁当代含む)
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 (株)ヒューマン・リサーチ内 慈恵医師会産業医研修会事務局 担当:室谷 TEL. 03-3358-5360
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(定型最大12cm×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、(株)ヒューマン・リサーチ内、慈恵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25年6月24日(月)(但し、定員になり次第締め切ります)
10. 定 員	600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 5単位 (2) 認定産業医:生涯研修5単位 ①更新 1単位 専門 4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(7/7)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、各日会場受付にてシール交換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。

13. プログラム(H25.7.7)

時 間	テ ー マ ・ 講 師	単 位 内 訳	
		基礎	生涯
9:55 ～10:00	挨拶 慈恵医師会 会長 上 出 良 一		
10:00 ～11:00	(1) 労働衛生の関連法規 ー業務上疾病の労災補償ー 石井労働衛生コンサルタント事務所 石 井 義 脩	後期 (1)	更新 (1)
11:00 ～12:00	(2) メンタルヘルスの基礎知識と産業医の役割 (公社) 日本精神保健福祉連盟 常任理事 大 西 守	後期 (1)	専門 (1)
昼 食			
13:00 ～14:00	(3) 職業病としての胆管癌とその労災認定 大阪市立大学医学研究科基礎医科学専攻 教授 圓 藤 吟 史	後期 (1)	専門 (1)
14:00 ～15:00	(4) 福島原発事故後の放射性物質汚染の除染及び 廃棄物処理作業者の放射線被ばく管理 中央労働災害防止協会 山 田 憲一	後期 (1)	専門 (1)
15:00 ～16:00	(5) 特定健診・保健指導の5年間の総括と今後の展望 東京都予防医学協会 三 輪 祐 一	後期 (1)	専門 (1)

----- (切り取り) -----

NO. _____ (事務局用)
慈恵医師会産業医研修会 申 込 書 (H25.7.7)
★ 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 _____ ★ 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郵送にてお申し込み下さい。