



福岡医発第772号 (地)
平成25年6月13日

各医師会長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

平成25年度日本医師会認定産業医制度生涯研修会の開催について (ご案内)

今般、日本医師会より、標記研修会を別紙のとおり開催する旨通知がありましたのでご連絡申し上げます。

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。

記

【申込み方法および手続き】

- ①受講希望者は以下のいずれかの方法で申込用紙を入手し、郵送にて日本医師会地域医療第2課へお申込み下さい。
 - ・日本医師会ホームページ (<http://www.med.or.jp/doctor/ssi/>) より申込用紙をダウンロードして印刷して下さい (6月12日掲載開始)。
 - ・電話にて日本医師会地域医療第2課 (TEL: 03-3942-6138 (ダイヤルイン)) に申込用紙を請求して下さい。
- ②本研修会では、申込受付期間を6月17日～7月19日までとし、先着順に受付を行い、定員になり次第締切となります。
- ③受講予定者には、日本医師会より受講料の払込用紙を直接ご本人へ送付されます。7月31日までに受講料の払込みがない場合は受講をキャンセルしたものとして取り扱われますのでご留意下さい。
- ④受講料入金確認後、8月中旬頃に日本医師会より受講票を直接ご本人へ送付されます。

小郡三井医師会より

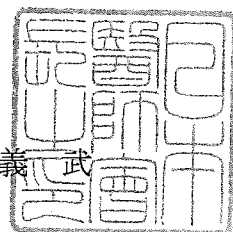
産業保健担当理事 白石恒明
会長 蒲池 壽

平成25年6月10日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

横 倉 義 武



平成25年度日本医師会認定産業医制度生涯研修会の開催について

平素は認定産業医制度推進のために種々ご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本会では例年日本医師会認定産業医制度に基づく基礎研修会（前期研修）を開催してまいりましたが、実地研修の希望が多いことを勘案し、今年度はこれに代えて、標記実地研修会を8月24日に別紙要領により開催することといたしました。

つきましては、本研修会について貴会会員等への周知につきまして、貴職のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

記

【 申し込み方法および手続き 】

- ①受講希望者は以下のいずれかの方法で申込用紙を入手し、郵送にて日本医師会地域医療第2課へ申し込んでいただくこととします。
 - ・日本医師会のホームページ (<http://www.med.or.jp/doctor/ssi/>) より申込用紙をダウンロードして印刷して下さい。なお、ホームページへの掲載は6月12日からとなります。
 - ・電話にて日本医師会地域医療第2課（TEL:03-3942-6138（ダイヤルイン））に申込用紙を請求して下さい。
- ②本研修会では、申込受付期間を6月17日～7月19日までとし、先着順に受付を行い、定員になり次第締切とさせていただきます。
- ③受講予定者には、受講料の払込用紙を直接ご本人へ送付します。受講予定者には、7月31日までに受講料を払込んでいただきますが、7月31日までに受講料を払込んでいただかさんと、受講をキャンセルしたものとして取り扱わせていただきますので、特にご留意いただきますよう、お願いいたします。
- ④受講料入金確認後、8月中旬頃に受講票を直接ご本人へ送付します。



平成25年度日本医師会認定産業医制度生涯研修会開催要領

日本医師会では、産業医の資質向上と産業医活動の推進を図るため、平成2年4月に日本医師会認定産業医制度を発足させております。

本研修会はこの制度における認定更新に必要な単位取得のための生涯研修会として位置付けられております。認定産業医の更新のための要件として有効期間（5年間）中に生涯研修（更新・実地・専門）20単位が必要となりますが、認定産業医が本研修会を受講されますと実地研修4単位が取得できます。ただし、新規に認定産業医を申請するための基礎研修の単位は取得できません。

記

- I. 主 催：日本医師会
- II. 期 日：平成25年8月24日（土） 13時30分～18時20分
- III. 会 場：中央労働災害防止協会
〒108-0014 東京都港区芝5-35-2 安全衛生総合会館
- IV. 受講資格：認定産業医
- V. 参加人数：100名
- VI. 受講料：日本医師会員 10,000円（税込）、非会員 12,000円（税込）
- VII. 取得単位：生涯研修・実地研修4単位
- VIII. 申込方法：
 - ①受講希望者は以下のいずれかの方法で申込用紙を入手し、必要事項をご記入の上、日本医師会地域医療第2課（〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16）に郵送して下さい。
 - ・日本医師会のホームページ（<http://www.med.or.jp/doctor/ssi/>）より申込用紙をダウンロードして印刷して下さい。
 - ・電話にて日本医師会地域医療第2課（TEL:03-3942-6138（ダイヤルイン））に申込用紙を請求して下さい。
 - ②申込受付期間は、6月17日～7月19日までとしますが、受付は先着順に行い、定員になり次第締め切ります。
 - ③締め切り後、受講予定者に受講料払込用紙を送付しますので、7月31日までに指定の払込用紙で受講料を払込んで下さい。7月31日までに受講料の払込が確認できなかった場合は、申込をキャンセルしたものとして取り扱いますので、ご注意下さい。
 - ④受講料払込確認後、8月中旬頃受講票を送付しますので、研修会当日必ず持参して下さい。なお、受講票送付後にキャンセル、欠席されても返金はいたしません。

日 時	講 習 内 容
8/24 (土)	
13:30～13:35	挨拶 (日本医師会長 横倉 義武)
13:35～13:45	オリエンテーション
13:45～13:50	休憩 (移動)
13:50～14:50	1. 作業環境管理 ー環境中有機溶剤濃度の測定ー 中央労働災害防止協会担当官
14:50～15:00	休憩 (移動)
15:00～16:00	2. 作業管理ー呼吸用保護具の基礎知識および取り扱い実習ー 中央労働災害防止協会担当官
16:00～16:10	休憩 (移動)
16:10～18:20	3. 心の健康問題に関わる職場復帰支援への対応 浜口 伝博 (新日本有限責任監査法人総括産業医)

実施方法

小グループに分かれての研修となります。

研修の順番はグループによって異なり、班分けならびにタイムスケジュールは受講票送付時にご案内いたします。

平成 25 年度 日本医師会認定産業医制度生涯研修会 申込書

開催日 平成25年8月24日

フリガナ							性別	1 男		2 女							
氏名	㊟						生年月日	1 明治 2 大正 年 月 日 3 昭和									
所属医師会名							都道府県 医師会						日本医師会 会 員	1 会員		2 非会員	
連絡先住所							1 勤務先 2 自宅										
(1 勤務先か 2 自宅のどちらかを選んでご記入下さい。なお、連絡先住所が勤務先の場合勤務先名称、所属まで〔 〕内にご記入下さい。)	電話番号	市外局番 ()															
	郵便番号				—												
	都道府県																
	〔 〕																
メールアドレス または FAX (緊急に連絡を差し上げる必要があった場合、使用いたします。)	メールアドレス						@										
	F A X						()										
医籍登録番号	第						号	医 籍 登 録 年 月 日	2 大正 3 昭和 年 月 日 4 平成								
日本医師会 認定産業医 認定証番号	1 有 2 無																
	第						号	認 定 有 効 期 限	平成 年 月 日								

注・太枠内にはっきり記入して、日本医師会地域医療第2課(〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16)に送って下さい。

受け付けた方には、払込に関するご案内をお送りします。

・ファクシミリ、電話での受け付けはいたしませんので、ご注意ください。

・氏名、住所等の個人情報は、研修会の運営に係る業務に限り利用させていただきます。

平成 25 年度 日本医師会認定産業医制度生涯研修会 申込書

開催日 平成 25 年 8 月 24 日

フリガナ								性別	1 男	2 女
氏 名	⑩							生 年 月 日	1 明治	2 大正 年 月 日
									3 昭和	
所属医師会名	都道 医師会 府県							日本医師会 会 員	1 会員	2 非会員
連絡先住所	1 勤務先 2 自宅									
(1 勤務先か 2 自宅のどちらかを選んでご記入下さい。なお、連絡先住所が勤務先の場合勤務先名称、所属まで〔 〕内にご記入下さい。)	電話番号	市外局番 ()								
	郵便番号				-					
	都道 府県									
	〔]									
メールアドレス または FAX (緊急に連絡を差 し上げる必要があ った場合、使用い たします。)	メールアドレス		@							
	F A X		()							
医籍登録番号	第							号	医 籍 登 録 年 月 日	2 大正 3 昭和 年 月 日 4 平成
日本医師会 認定産業医 認定証番号	1 有 2 無									
	第							号	認 定 有 効 期 限	平成 年 月 日

注 ・太枠内にはつきり記入して、日本医師会地域医療第 2 課(〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16)に送って下さい。

受け付けた方には、払込に関するご案内をお送りします。

・ファクシミリ、電話での受け付けはいたしませんので、ご注意ください。

・氏名、住所等の個人情報は、研修会の運営に係る業務に限り利用させていただきます。