



福岡医発第 2678 号 (地)
平成 28 年 1 月 12 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)

(株)ヒューマン・リサーチ内 産業医研修会事務局より標記研修会を開催する旨、別添のとおり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。

なお、

- 1) 受講希望者は、別添申込書に必要事項をご記入のうえ、下記事務局へ返信用封筒を添えて郵送にて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、下記事務局宛ご照会下さい。

【問合せ先】

(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 榎藤秀之
会長 廣瀬真恵

平成27年12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 寒冷の候、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

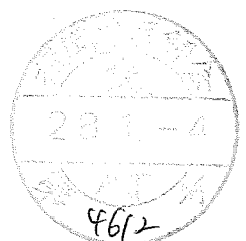
〒160-0011 新宿区若葉 2-5-16 向井ビル3F

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

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

担 当 室 谷 佳 枝

上 田 一 寛



日本医師会認定 東京都医師会・葛飾区医師会産業医研修会 開 催 要 項

1. 日 時	平成28年1月30日(土) 13:25～18:40
2. 会 場	葛飾区医師会館 3階 講堂 (受講者には地図を送付します) 東京都葛飾区立石5-15-12 TEL. 03-3691-8536
3. 主 催	・東京都医師会 ・葛飾区医師会(協力団体)
4. 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
5. 受 講 料	5,000円(葛飾区医師会員) 7,000円(東京都医師会員) 8,000円(道府県医師会員及び非医師会員)
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 (株)ヒューマン・リサーチ TEL. 03-3358-5360 葛飾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(長3)に申込者の連絡先を記入し、82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、葛飾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
9. 定 員	150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 5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 4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(1/30)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。

12. プログラム

時間	テ ー マ ・ 講 師	単 位 内 訳	
		基礎	生涯
13:25 ～13:30	挨拶 葛飾区医師会 会長 安 藤 進		
13:30 ～14:30	(1) 女性労働者の健康維持 山ロクリニック 院長 山口 いづみ	後期 (1)	更新 (1)
14:30 ～15:30	(2) 職場復帰支援について 東京臨海病院 メンタルクリニック 部長 荒 井 稔	後期 (1)	専門 (1)
(休 憩)			
15:40 ～16:40	(3) 産業医による禁煙支援 ー管理者も本人もさらに家族の幸せも願ってー 健康管理センター長 産業医 日本禁煙推進医師歯科医師連盟会長 十文字学園女子大学 教授 齋 藤 麗 子	後期 (1)	専門 (1)
16:40 ～17:40	(4) 職場の腰痛対策 ーガイドラインを踏まえてー 江東病院 副院長 梶 原 一	後期 (1)	専門 (1)
17:40 ～18:40	(5) 産業歯科医の役割と口腔衛生 ー生活習慣病と歯周病を中心にー 東邦大学医学部口腔外科学教室 准教授 関 谷 秀 樹	後期 (1)	専門 (1)

----- (切り取り) -----

NO. _____ (事務局用)
葛飾区医師会産業医研修会 (H28. 1. 30) 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・日本橋医師会産業医研修会
開 催 要 項

1. 日 時	平成 28 年 1 月 31 日（日） 12：30～17：45
2. 会 場	銀座ブロッサム 中央会館ホール（東京駅よりタクシー6～7分） 東京都中央区銀座 2-15-16 TEL. 03-3542-8585
3. 主 催	東京都医師会
4. 協力団体	日本橋医師会
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（都道府県医師会員） 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 日本橋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（長 3 封筒 12×23.5cm）に申込者の連絡先を記入し、 82 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、 日本橋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	500 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後期研修 5 単位 (2) 認定産業医：生涯研修 5 単位 ①更新 2 単位 ②専門 3 単位
12. そ の 他	(1) 事務局に申込書が到着後 ①受講証+シール交換証 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はキャンセル扱いになる場合があります。 (2) 当日 (1/31) 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、会場受付にてシール交換証と引き換えに 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。

12. プログラム

時間	テ ー マ ・ 講 師	単 位 内 訳	
		基礎	生涯
12:30 ～13:30	(1) 治療と職業生活の両立支援 ～がんの両立支援と産業保健における課題～ 労働衛生コンサルタント事務所オークス 所長 竹 田 透	後期 (1)	専門 (1)
13:30 ～14:30	(2) ウィルス性慢性肝炎に関する治療と就労の両立支援 株式会社商船三井 産業医 大 野 明 彦	後期 (1)	専門 (1)
14:30 ～15:30	(3) ストレスチェックにおける産業医の役割 伊藤忠テクノソリューションズ株式会社 統括産業医 松 井 春 彦	後期 (1)	専門 (1)
(休 憩)			
15:45 ～16:45	(4) 長時間労働者、高ストレス者の面接指導に関する報告書・ 意見書作成マニュアル 産業医科大学 産業衛生 教授 浜 口 伝 博	後期 (1)	更新 (1)
16:45 ～17:45	(5) ストレスチェック制度をめぐる法的問題 伝馬町法律事務所 弁護士 西園寺 直之	後期 (1)	更新 (1)

----- (切り取り) -----

NO. _____ (※事務局用)
東京都医師会・日本橋医師会産業医研修会 申 込 書 (H28.1.31)
★ 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。