



福岡医発第 180 号 (地)  
平成 29 年 4 月 14 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会  
会長 松 田 峻一良  
(公印省略)

日本医師会第 49 回産業医学講習会の開催について (ご案内)

時下 貴職ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、標記講習会を開催する旨、日本医師会より通知がありましたのでご連絡申し上げます。

本講習会は、労働衛生コンサルタント筆記試験免除の指定講習会であるとともに、日本医師会認定産業医制度における生涯研修会となっております。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、受講希望者は、指定の申込用紙 (別添) により直接日本医師会地域医療第 2 課へお申込みいただきますようお願いいたします。

また、本講習会は日本医師会認定産業医制度における認定更新に必要な単位修得のための生涯研修会として位置付けられており、日本医師会認定産業医取得のための基礎研修の単位としては認められませんのでご留意いただきますようお願いいたします。

記

1. と き 平成 29 年 7 月 21 日 (金) ～ 7 月 23 日 (日)
2. と こ ろ 日本医師会館大講堂  
東京都文京区本駒込 2-28-16 TEL : 03-3946-2121 (代表)
3. 受講資格 日本医師会会員または日本医師会認定産業医
4. 受講人数 400 人
5. 受 講 料 18,000 円 (税込)  
※受講料振込用紙と受講票は直接日医より送付  
※受講料払込確認後、6 月末頃受講証送付予定
6. 取得単位 生涯研修 (更新 3 単位、専門 13.5 単位)
7. 申込受付 平成 29 年 5 月 9 日 (月) ～ 5 月 27 日 (金)  
※受付は先着順、定員になり次第締切

※詳細は別紙「第 49 回産業医学講習会開催要領」をご参照下さい。

日医発第27号(地Ⅱ5)

平成29年4月6日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

横 倉 義 武

#### 第49回産業医学講習会の開催について

平素は産業保健活動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、本会では標記講習会を別紙要領により開催することといたしました。

本講習会は、労働衛生コンサルタントの筆記試験免除の指定講習会であるとともに、日本医師会認定産業医制度における生涯研修会となっております。

つきましては、本講習会の開催について貴会会員に周知していただきますとともに、講習会の受講申し込み等について下記の通りお取り計らいいただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本講習会は認定産業医制度における認定更新に必要な単位修得のための生涯研修会として位置付けられており、認定産業医取得のための基礎研修の単位としては認められませんので、よろしくお願い申し上げます。

#### 記

##### 【 申し込み方法および手続き 】

受講希望者がおりましたら、日本医師会員または認定産業医であることを確認の上、同封の申込用紙の配布をお願いいたします。受講希望者には、申込用紙により直接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。

なお、申込用紙は日本医師会のホームページからダウンロードすることも可能です。ホームページへの掲載は5月1日からとなります。

本講習会では、申込受付期間を5月8日から5月26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。受講予定者には、受講料の払込用紙と受講票を日医より直接ご本人へ送付します。

## 第49回産業医学講習会開催要領

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29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。

本講習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、認定産業医が本講習会を受講されますと更新研修3単位、専門研修13.5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。

また、本講習会を3日間受講された方には修了証が交付され、労働衛生コンサルタントの筆記試験が免除になります。

### 記

#### I. 主 催：日本医師会

後 援：厚生労働省（予定） 中央労働災害防止協会（予定） 産業医学振興財団（予定）

#### II. 開催日：平成29年7月21日（金）～7月23日（日）

#### III. 会 場：日本医師会館大講堂

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 TEL 03-3946-2121（代表）

#### IV. 受講資格：日本医師会会員または日本医師会認定産業医

#### V. 受講人数：400人

#### VI. 受講料：18,000円（税込）

#### VII. 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。

FAX、電話での受付はいたしませんのでご注意ください。

・都道府県医師会から入手

・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  
（5月1日より掲載予定）

②申込受付期間は5月8日～5月26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、払込用紙到着後、1週間以内に指定の払込用紙で払込みください。期日までに払込みがなかった場合は、受講をキャンセルされたものとして取り扱いますのでご注意ください。

④受講料払込確認後、6月末頃受講票を送付します。出欠は受講票をもって確認しますので、講習会当日は必ず持参して下さい。ただし、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。

#### VIII. 生涯研修取得単位：講習会開催日が有効期間内の認定産業医には次の生涯研修単位を後日発行いたします。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。

7月21日 午前の部：更新研修2単位／午後の部：更新研修1単位、専門研修2単位

7月22日 午前の部：専門研修2.5単位／午後の部：専門研修4単位

7月23日 午前の部：専門研修2.5単位／午後の部：専門研修2.5単位

#### IX. 託児所：

講習会開催期間中、日本医師会館内に託児所（無料）を設置する予定です。希望される方は、申込用紙の記入欄にご記入下さい。詳細につきましては、別途ご案内をお送りいたします。なお、定員（5名予定）となり次第、締め切らせていただきます。また、申込み時に希望されないとご利用できません。

# 第49回産業医学講習会

平成29年7/21（金）～7/23（日）

| 日 時                    | 講 習 内 容                                                                                          |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7/21（金）<br>10:00～10:10 | 挨拶：横倉 義武（日本医師会長）<br>来賓挨拶：厚生労働省労働基準局安全衛生部長                                                        |
| 10:10～11:10            | [産業医に必要な法的知識の解説]<br>1. 最近の労働衛生行政の動向及び安全衛生の基本対策（安全管理概論、マネジメントシステム・リスクアセスメント、災害調査・原因分析）<br>(厚生労働省) |
| 11:10～12:10            | 2. 労働衛生関係法令<br>(厚生労働省)                                                                           |
| 12:10～13:00            | 昼休み                                                                                              |
| 13:00～14:00            | 3. 労働基準法施行規則第35条の解説<br>(厚生労働省)                                                                   |
| 14:00～15:00            | [産業医に必要な産業医学総論]<br>1. 産業医学総論<br>相澤 好治(北里大学名誉教授)                                                  |
| 15:00～15:10            | 休憩                                                                                               |
| 15:10～16:10            | [産業医に必要な実践各論]<br>1. VDT・騒音・腰痛の健康管理対策<br>城内 博(日本大学教授)                                             |
| 7/22（土）<br>10:00～11:00 | 2. 快適職場形成について<br>三澤 哲夫(千葉工業大学教授)                                                                 |
| 11:00～12:30            | [産業医に必要な健康管理概論]<br>1. 健康診断と事後措置<br>堀江 正知(産業医科大学教授)                                               |
| 12:30～13:20            | 昼休み                                                                                              |
| 13:20～14:20            | 2. 健康管理・健康教育の方法（救急措置を含めて）<br>圓藤 吟史(大阪市立大学名誉教授)                                                   |
| 14:20～14:30            | 休憩                                                                                               |
| 14:30～16:00            | [産業医に必要な実践各論]<br>3. 職場における化学物質対策<br>角田 正史(防衛医科大学校衛生学公衆衛生学教授)                                     |
| 16:00～16:10            | 休憩                                                                                               |
| 16:10～17:40            | 4. 作業管理の方法<br>東 敏昭(産業医科大学学長)                                                                     |
| 7/23（日）<br>10:00～11:30 | 5. 職場のストレスとメンタルヘルス対策<br>黒木 宣夫(東邦大学名誉教授)                                                          |
| 11:30～12:30            | 6. 作業環境管理の方法<br>保利 一(産業医科大学教授)                                                                   |
| 12:30～13:20            | 昼休み                                                                                              |
| 13:20～14:50            | [産業医に必要な産業医学総論]<br>2. 疫学概論<br>山口 直人(東京女子医科大学教授)                                                  |
| 14:50～15:00            | 休憩                                                                                               |
| 15:00～16:00            | [産業医に必要な実践各論]<br>7. 粉じん障害対策<br>阿部 直(東海大学客員教授)                                                    |

## 第49回産業医学講習会申込書

開催日 平成29年7月21日（金）・22日（土）・23日（日）

|                                                  |                                                              |                                      |              |                                           |                                                               |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| フリガナ                                             |                                                              |                                      | 性別           | 1 男      2 女                              |                                                               |
| 氏 名                                              | ⑤                                                            |                                      | 生 年 月 日      | 2 大正<br>3 昭和      年      月      日<br>4 平成 |                                                               |
| 所属医師会名                                           | 都道府県医師会                                                      |                                      | 日本医師会<br>会 員 | 1 会 員      2 非会 員                         |                                                               |
| 連 絡 先<br>(1 勤務先か2 自宅のどちらかをご記入下さい。)               | 1 勤務先      2 自宅                                              |                                      |              |                                           |                                                               |
| ※なお、連絡先が勤務先の場合は、勤務先名称、所属までご記入下さい。                | 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<br>(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<br>年 月 日<br>2 大正<br>3 昭和      年      月      日<br>4 平成 |
| 日本医師会<br>認定産業医<br>認定証番号                          | 1 有      2 無                                                 |                                      |              |                                           |                                                               |
|                                                  | 第                                                            |                                      |              | 号                                         | 認 定<br>有 効 期 限<br>平成      年      月      日                     |
| 託児所の利用                                           | 1 希望する      利用人数 (      名 )      利用日 (      日間 )             |                                      |              |                                           |                                                               |
|                                                  | お子様の年齢 (      歳      ケ月 )      性別 (      1 男      2 女      ) |                                      |              |                                           |                                                               |
| 日本医師会が発行している医師資格証                                | 1 持っている                                                      |                                      | 2 持っていない     |                                           | 3 申請中                                                         |

注・太枠内に必要事項を記入して、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）にお送り下さい。受け付けた方には、払込に関するご案内をお送りします。

- ・FAX、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。
- ・車イス等の対応が必要な際は、出来る限りご対応いたしますので、お申し出ください。