



福岡県医第 1728 号 (地)

平成 30 年 9 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)

災害医療基本研修・訓練の参加者募集について

今般、福岡県保健医療介護部医療指導課より標記研修・訓練を開催する旨の連絡がありました。

本研修・訓練は、災害時における医療救護活動の円滑な実施を図るため、市町村、保健所、関係団体等の関係者を対象に、災害時の医療に関するコーディネーター（調整業務）を理解・習熟するもので、災害時において地域医療の調整役を担う責任者やその補助要員となる方などの災害医療担当者にご参加いただきたいとのことです。開催日・会場は下記のとおりとなっており、申込み方法は別添通知をご参照下さい。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本研修・訓練は、受講された方を「福岡県災害時医療救護マニュアル」に基づく、県及び地域の「災害医療コーディネーター」及びその補助要員として決定するものではないことを申し添えます。

記

- 1 開催期日（いずれも同一内容）
第 1 回 平成 30 年 10 月 13 日（土） 8：30～19：00 定員 36 名（予定）
第 2 回 平成 30 年 10 月 14 日（日） 8：30～19：00 定員 36 名（予定）
- 2 開催会場
吉塚合同庁舎 6 階 「603 会議室」
〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町 13-50
- 3 申込方法
ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）にて申込み（別添通知参照）
- 4 申込期限
平成 30 年 9 月 26 日（水）まで

【問い合わせ先】

医療指導課地域医療係 安元

TEL：092-643-3273

FAX：092-643-3277

E-mail：iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課地域医療係)

災害医療基本研修・訓練の参加者募集について（依頼）

平素より本県の救急・災害医療行政に御理解、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、福岡県では、災害時における医療救護活動の円滑な実施を図るため、市町村、保健所、関係団体等の関係者を対象として、災害時の医療に関するコーディネート（調整業務）を理解・習熟していただくための研修・訓練を下記のとおり実施することとしましたのでお知らせします。

つきましては、貴職より各郡市区医師会へ周知いただきますとともに、災害時において地域医療の調整役を担う責任者の方やその補助要員となる方など、災害医療担当者の参加について、御配慮いただきますようお願いいたします（災害拠点病院については別途県より案内を送付しています）。

なお、参加の回答につきましては、各団体より直接当課まで御回答ください。（貴会での取りまとめは不要です。希望がない場合は回答不要です。）

なお、本研修・訓練は、あくまで災害医療のコーディネート（調整業務）を、関係者の皆様に学んでいただくために開催するものであり、受講された方を「福岡県災害時医療救護マニュアル」に基づく、県及び地域の「災害医療コーディネーター」及びその補助要員として決定されるものではありませんので念のため申し添えます。

記

1 開催期日（いずれも同一内容）

第1回	平成30年10月13日（土）	8：30～19：00	定員36名（予定）
第2回	平成30年10月14日（日）	8：30～19：00	定員36名（予定）

2 開催内容

※ 内容については、現在調整中ですが、参考に昨年度のスケジュールを添付していますので参考にしてください。

（講師の都合上、内容に差異が生じる場合があります。）

- ・災害医療コーディネートの意義
- ・福岡県の災害医療体制について
- ・災害時の情報管理（避難所アセスメント、救護班調整、本部情報管理）
- ・机上演習、本部運営演習

3 開催会場

吉塚合同庁舎 6階 「603会議室」
〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町13-50

4 受講申込について

参加を希望する回及び参加者等について、ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）により、回答願います。（以下のURLを参照）

（申請者IDはなくても回答可能です。パソコンやスマートフォンで回答できます。）

申込者多数の場合は、参加者の人数調整を行いますので、参加希望者の優先順位をつけて回答していただきますようお願いいたします。

<https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/form.do?acs=DisasterMedicalTrainingH3010>

＜回答画面への行き方（①若しくは②の方法があります。）＞

① 上記 URL からお越しください。

若しくは、

② 検索サイト（Yahoo!JAPAN や Google 等）で「ふくおか電子 災害医療基本研修」と入力⇒検索結果の「福岡県電子申請 【 災害医療基本研修・訓練の参加者募集について」をクリック⇒ふくおか電子申請中「【 災害医療基本研修・訓練の参加者募集について（平成 30 年度第 1 回・第 2 回分）】」の画面に到達⇒必要事項を入力して回答

※なお、当該申請サービスを利用できない場合には、以下の手順で提出してください。

（１）以下の URL より様式等をダウンロードする。

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/disaster-medical-training-h3010.html>

（２）回答様式（エクセルファイル）に回答を入力（PDF 化しないでください。）

（３）電子メールに回答様式をエクセルファイルのまま添付し、医療指導課メールアドレス iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp に送付する。

※ 各回の受講者数には限りがありますので、参加日や参加人数の希望に添えない場合もありますのであらかじめ御了承ください。

5 申込期限

平成 30 年 9 月 26 日（水）必着でお願いします。

【問い合わせ先】

医療指導課地域医療係 安元

TEL：092-643-3273

FAX：092-643-3277

E-mail：iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

研修内容

受付・開会挨拶

災害対応のスペシャリスト15名以上が参集し、2研修のファシリテーターを務めます。



講演

「〇〇県の災害医療体制」について説明。



MAPD

各医療圏ごとの白地図に災害拠点病院、防災拠点、断層、液状化、土砂災害、浸水をプロットして被害をイメージ化して医療のことについて検討をします。



H A E

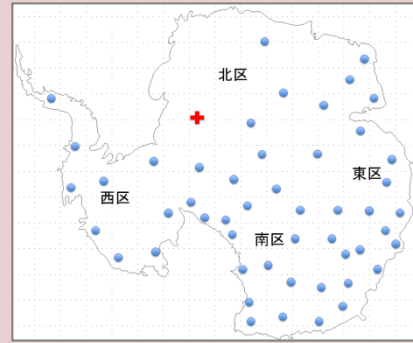
避難所で適切な運営を行うための情報分析の仕方を学ぶ。



MAC

各避難所の位置や規模などの資料を基に、限られた救護班の人員の配置方法などを学ぶ。

(3.11当時の取り組みに着想)



KUG E

医療本部を運営するに当たり必要な知識、技術を学んでもらう研修です。カードを用いて情報を分類するゲーム (JoB) や情報の処理方法 (キロケ) を実施します。



HAG = 総まとめ

研修の総まとめ。本部の運営を疑似体験していただきます。訓練中は講師が運営の精度をチェックしており、終了後の反省会で「設定と把握している情報が異なっていた」「誰も派遣されない避難所があった」などミスを指摘し、改善案を検討しあう。



最大の
見どころ



反省会

修了式・記念撮影

森野代表より修了証書を交付。



平成29年度 災害医療基本研修・訓練



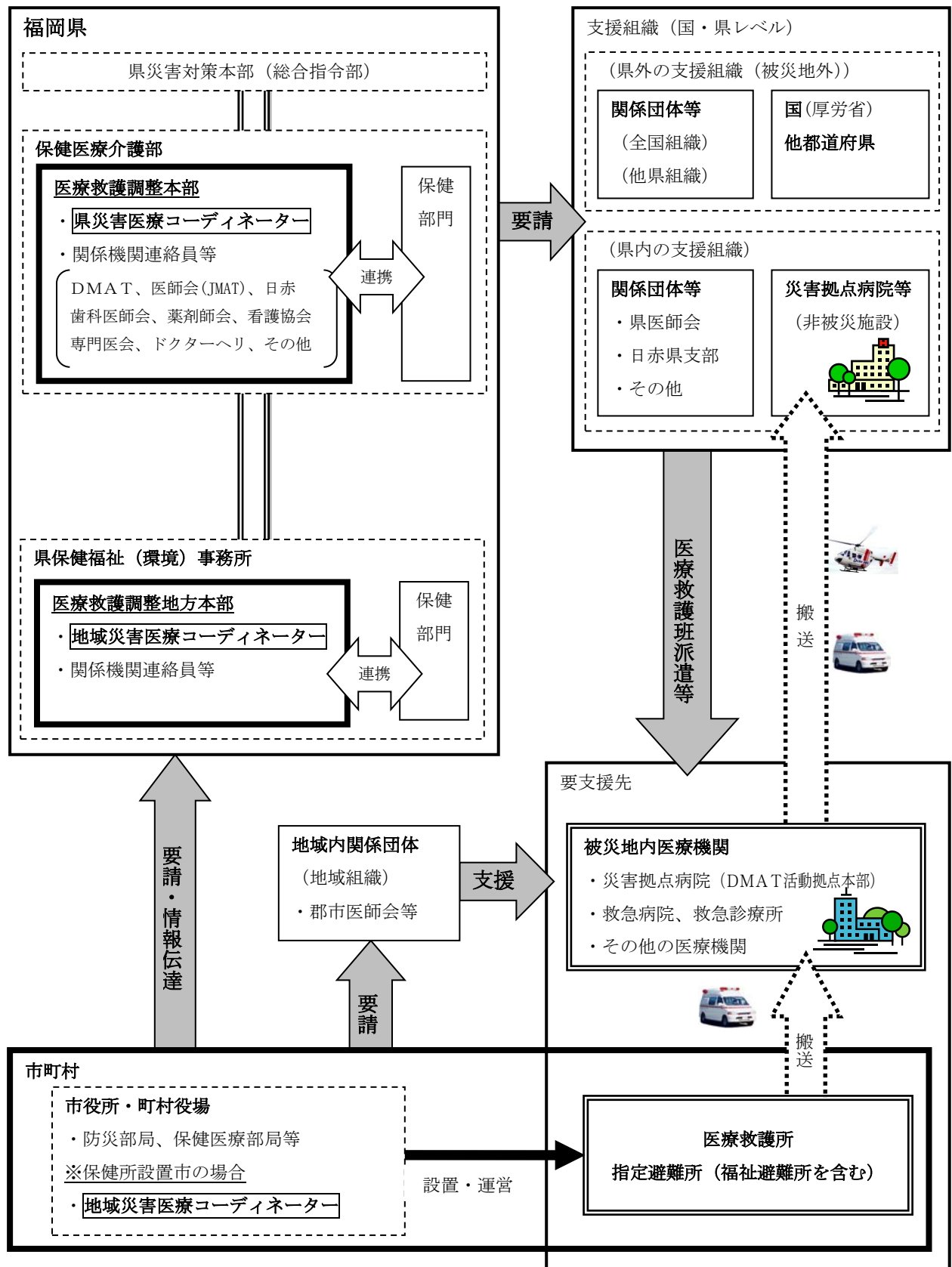
開催日：平成29年8月27日

開催会場：福岡県吉塚合同庁舎

災害医療コーディネートコースプログラム

8:00	～	8:30	0:15	受付
8:30	～	8:40	0:10	開会挨拶
8:40	～	8:55	0:15	福岡県の災害医療体制
8:55	～	9:10	0:15	研修の意義
9:10	～	10:40	1:30	災害想定俯瞰演習90 (MAPD90)
10:40	～	10:50	0:10	休憩
10:50	～	12:20	1:30	救護班調整・避難所評価演習90 (MAC60・HAE30)
12:20	～	13:20	1:00	昼食
13:20	～	15:50	2:30	本部運営技術140 (KUGE) HAG説明10
15:50	～	16:00	0:10	休憩と移動
16:00	～	18:50	2:50	本部運営演習170 (HAG)
18:50	～	19:00	0:10	本日振り返り・修了式・記念撮影

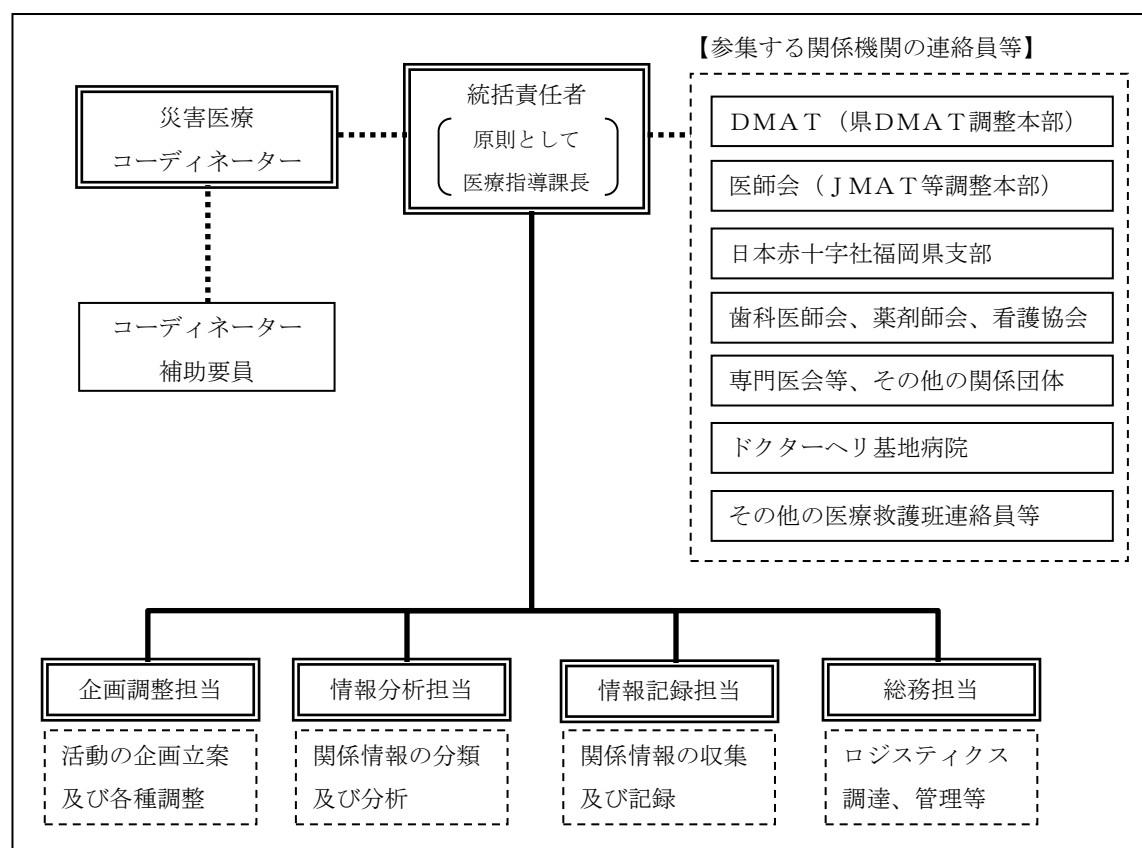
福岡県における災害時の医療救護活動実施体制イメージ



【医療救護調整本部】

- 大規模災害発生時に県庁内に設置し、必要に応じて関係機関の参集を求める。
- 被災地の県保健所（県保健福祉（環境）事務所）においても必要に応じ、県庁に準じて「医療救護調整地方本部」を設置

<医療救護調整本部（県庁）の基本的な組織構成>



【災害医療コーディネーター（県・地域）】

- 医療救護対策に係る各種調整や企画立案、状況分析等に対する専門的助言者として、大規模災害発生時に県庁並びに被災地を管轄する県保健福祉（環境）事務所及び保健所設置市において活動する（それぞれ1～2名）。
- 県庁等において活動する「災害医療コーディネーター」は、医師の資格を有し災害時の医療救護活動や地域の医療提供体制に精通した者をあらかじめ県が委嘱する。
- 県庁に配置された「災害医療コーディネーター」を「県災害医療コーディネーター」、被災地に配置（派遣）された「災害医療コーディネーター」を「地域災害医療コーディネーター」と呼称する。

申し込み内容入力

申し込み内容確認

申し込み完了

サイトマップ

文字の大きさ 大 中 小 色 標準

ヘルプ

【 災害医療基本研修・訓練の参加者募集について（平成30年度第1回・第2回分）】

申し込み内容の入力

操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要事項を入力した後、「申し込み内容確認」ボタンを押してください。
必須 マークがある項目は、必ず入力してください。

また、機種依存文字は使用しないでください。機種依存文字が入力されている場合はエラーになります。

途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「申し込み一時保存確認」ボタンを押してください。
 ただし、選択した添付ファイルに関しては一時保存されません。

【 調査概要 】

この度、福岡県では、災害時における医療救護活動の円滑な実施を図るため、市町村、保健所、関係団体等の関係者を対象として、災害時の医療に関するコーディネート（調整業務）を理解・習熟していただくための研修・訓練を下記のとおり実施することとしましたので、参加の有無について回答をお願いします。

【 研修概要 】

1 開催期日

第1回 平成30年10月13日（土） 8:30～19:00 定員36名（予定）
 第2回 平成30年10月14日（日） 8:30～19:00 定員36名（予定）

2 開催内容

※ 内容については、現在調整中ですが、以下を参考にしてください。
 （講師の都合上、回によって内容に差異が生じる場合があります。）

- ・災害医療コーディネートの意義
- ・福岡県の災害医療体制について
- ・災害時の情報管理（避難所アセスメント、救護班調整、本部情報管理）
- ・机上演習、本部運営演習

3 開催会場

吉塚合同庁舎 6階「603会議室」
 〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町13-50

【 6名以上で申し込む場合 】

一番最後の通信欄に、6名以上で申し込む場合で申し込む旨を入力の上、推薦順位1番目から5番目、6番目から10番目、11番目から15番目等を入力の上、5名毎申し込みをしてください。

【 回答者の基本情報 】

以下の欄に、回答担当者に連絡可能な、TEL、メールアドレス等を入力してください。

【属性情報】 団体の属性情報

【属性情報1-1】 団体属性について次のうちから一つ選んでください。
 「市町村（医療関係）」、「市町村（防災）」、「県保健福祉環境事務所」、「医師会」、「歯科医師会」、「薬剤師会」、「看護協会」、「日本赤十字社」、「災害拠点病院」、「その他」のうち、該当するものを選択して下さい。

- ☐ 市町村（ 医療関係 ）
- ☐ 市町村（ 防災関係 ）
- ☐ 県保健福祉環境事務所
- ☐ 医師会
- ☐ 歯科医師会
- ☐ 薬剤師会
- ☐ 看護協会
- ☐ 日本赤十字社
- ☐ 災害拠点病院
- ☐ その他

「その他」を選択された場合にご記入ください。

所属団体の名称を入力してください。
 （例：〇〇区医師会、〇〇市役所）

【属性情報1-1】 団体属性
必須

【属性情報1-2】 所属団体 名称 必須	
【属性情報1-3】 所在市町 村コード 必須	所属団体所在地の市町村コードをプルダウンメニューから選択してください(市町村名と市町村コードが記載されています)。
【属性情報1-4】 回答者の 所属課名	回答者の所属課名を入力してください。 (回答例:総務課)
【属性情報1-5】 回答担当 者の職名	回答者の職名を入力してください。 (回答例:総務課長)
【属性情報1-6】 回答者氏 名 必須	回答者の氏名を入力してください。 (回答例:福岡 太郎)
【属性情報1-7】 担当者T EL 必須	回答担当者の電話番号を入力してください。
【属性情報1-8】 担当者E -MAILアドレス 必須	回答担当者のE-MAILアドレスを入力してください。 半角英数字で入力してください。

【Q1】 研修の参加の可否について

【Q1-1】 研修の参加の 可否について。 必須	【Q1-1】 研修の参加の可否について回答してください。 研修の参加希望の有の場合「○」、研修の参加希望の無の場合「×」を選択して下さい。 ○ ○ 「参加する」 ○ × 「参加しない」 × 選択した場合は、Q1-1で回答は終了です。
【Q1-2】 研修の参加の人数について回答してください。	【Q1-2】 研修の参加の人数について回答してください。 ※、【Q1-1 研修の参加の可否について】で○「参加する」を選択した場合、回答してください。 ※ なお、会場の都合等で、参加人数を調整する場合がありますので念のため申し添えます(その場合は、優先順位を参考にさせていただきます)。

ここからは、【Q1-1 研修の参加の可否について】で○「参加する」を選択した場合、参加者について回答して下さい。
参加者については優先順位をつけて回答してください(人数が多い場合には参加人数を調整させていただきます)。

【Q2】 研修参加者について <優先順位 第1位> 研修参加者<優先順位第1位>について、回答してください。	
【Q2-1】 所属団体名について <優先順位 第1位>。	【Q2-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q2-2】 所属部署名について <優先順位 第1位>。	【Q2-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q2-3】 職名について <優先順位 第1位>。	【Q2-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q2-4】 職種について <優先順位 第1位>。	

	【Q2-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q2-5】 氏名(漢字)について <優先順位 第1位>。	【Q2-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q2-6】 氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第1位>。	【Q2-6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q2-7】 第一希望の参加希望日について <優先順位 第1位>。	【Q2-7】 研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00 ☐ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00
【Q2-8】 第二希望の参加希望日について <優先順位 第1位>。	【Q2-8】 研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00 ☐ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00 ☐ 希望しない
【Q3】 研修参加者について <優先順位 第2位> 研修参加者(優先順位第2位)について、回答してください。	
【Q3-1】 所属団体名について <優先順位 第2位>。	【Q3-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q3-2】 所属部署名について <優先順位 第2位>。	【Q3-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q3-3】 職名について <優先順位 第2位>。	【Q3-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q3-4】 職種について <優先順位 第2位>。	【Q3-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士

	☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q3-5】氏名(漢字)について <優先順位 第2位>。	【Q3-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q3-6】氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第2位>。	【Q3-6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q3-7】第一希望の参加希望日について <優先順位 第2位>。	【Q3-7】 研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00 ☐ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00
【Q3-8】第二希望の参加希望日について <優先順位 第2位>。	【Q3-8】 研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00 ☐ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00 ☐ 希望しない

【Q4】 研修参加者について <優先順位 第3位> 研修参加者<優先順位第3位>について、回答してください。	
【Q4-1】所属団体名について <優先順位 第3位>。	【Q4-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q4-2】所属部署名について <優先順位 第3位>。	【Q4-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q4-3】職名について <優先順位 第3位>。	【Q4-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q4-4】職種について <優先順位 第3位>。	【Q4-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q4-5】氏名(漢字)について <優先順位 第3位>。	【Q4-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。

【Q4-6】氏名(ふりがな(ひらがな))について〈優先順位 第3位〉。

【Q4-6】

研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。

【Q4-7】第一希望の参加希望日について〈優先順位 第3位〉。

【Q4-7】

研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。

- 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00
○ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00

【Q4-8】第二希望の参加希望日について〈優先順位 第3位〉。

【Q4-8】

研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。

- 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00
○ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00
○ 希望しない

【Q5】 研修参加者について〈優先順位 第4位〉

研修参加者《優先順位第4位》について、回答してください。

【Q5-1】所属団体名について〈優先順位 第4位〉。

【Q5-1】

研修参加者の所属団体名を入力してください。

【Q5-2】所属部署名について〈優先順位 第4位〉。

【Q5-2】

研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。

(例:総務部総務課。)

【Q5-3】職名について〈優先順位 第4位〉。

【Q5-3】

研修参加者の職名について入力してください。

(例:総務課長、担当理事等)

【Q5-4】職種について〈優先順位 第4位〉。

【Q5-4】

研修参加者の職種について入力してください。

- 事務職
○ 医師
○ 歯科医師
○ 看護師
○ 保健師
○ 薬剤師
○ 診療放射線技師
○ 臨床工学技士
○ 管理栄養士
○ その他

「その他」を選択された場合にご記入ください。

【Q5-5】氏名(漢字)について〈優先順位 第4位〉。

【Q5-5】

研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。

【Q5-6】氏名(ふりがな(ひらがな))について〈優先順位 第4位〉。

【Q5-6】

研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。

【Q5-7】第一希望の参加希望日について〈優先順位 第4位〉。

【Q5-7】

研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。

- 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00
○ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00

【Q5-8】 第二希望の参加希望日について〈優先順位 第4位〉。

【Q5-8】

研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。

- ☐ 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00
☐ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00
☐ 希望しない

【Q6】 研修参加者について〈優先順位 第5位〉

研修参加者〈優先順位第5位〉について、回答してください。

【Q6-1】 所属団体名について〈優先順位 第5位〉。

【Q6-1】

研修参加者の所属団体名を入力してください。

【Q6-2】 所属部署名について〈優先順位 第5位〉。

【Q6-2】

研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。

(例:総務部総務課。)

【Q6-3】 職名について〈優先順位 第5位〉。

【Q6-3】

研修参加者の職名について入力してください。

(例:総務課長、担当理事等)

【Q6-4】 職種について〈優先順位 第5位〉。

【Q6-4】

研修参加者の職種について入力してください。

- ☐ 事務職
☐ 医師
☐ 歯科医師
☐ 看護師
☐ 保健師
☐ 薬剤師
☐ 診療放射線技師
☐ 臨床工学技士
☐ 管理栄養士
☐ その他

「その他」を選択された場合にご記入ください。

【Q6-5】 氏名(漢字)について〈優先順位 第5位〉。

【Q6-5】

研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。

【Q6-6】 氏名(ふりがな(ひらがな))について〈優先順位 第5位〉。

【Q6-6】

研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。

【Q6-7】 第一希望の参加希望日について〈優先順位 第5位〉。

【Q6-7】

研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。

- ☐ 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00
☐ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00

【Q6-8】 第二希望の参加希望日について〈優先順位 第5位〉。

【Q6-8】

研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。

- ☐ 第1回 平成30年10月13日(土) 8:30~19:00
☐ 第2回 平成30年10月14日(日) 8:30~19:00
☐ 希望しない

通信欄



お問い合わせ

【この申請に関するお問い合わせ先】

福岡県 保健医療介護部 医療指導課 地域医療係
電話: 092-643-3273

メール: iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

【システムの操作方法に関するお問い合わせ先】

電子申請サービスヘルプデスク

電話: 0120-96-9064(平日9時から17時)

メール: help-fukuokashinsei@elg-front.jp

プレビューのため「申し込み内容確認」ボタン、「申し込み一時保存確認」ボタンは操作できません。

災害医療基本研修・訓練の参加者募集について(平成30年度第1回・第2回)[印刷用ページを表示する](#) 掲載日:2018年9月6日更新**災害医療基本研修・訓練の参加者募集について(平成30年第1回・第2回分)**

本県の保健医療行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、福岡県では、災害時における医療救護活動の円滑な実施を図るため、市町村、保健所、関係団体等の関係者を対象として、災害時の医療に関するコーディネート(調整業務)を理解・習熟していただくための研修・訓練を下記のとおり実施することとしましたのでお知らせします。

なお、この開催案内は、市町村(医務主管課・防災主管課)、県保健福祉環境事務所、福岡県医師会、福岡県歯科医師会、福岡県薬剤師会、福岡県看護協会、日本赤十字社福岡県支部、災害拠点病院に対して通知しています。

1 開催期日 (各回同一内容)

第1回 平成30年10月13日土曜日 8時30分～19時 定員36名(予定)

第2回 平成30年10月14日日曜日 8時30分～19時 定員36名(予定)

2 開催内容

※ 内容については、現在調整中ですが、参考に昨年度のスケジュールを添付していますので参考にしてください。
(講師の都合上、内容に差異が生じる場合があります。)

- ・災害医療コーディネートの意義
- ・福岡県の災害医療体制について
- ・災害時の情報管理(避難所アセスメント、救護班調整、本部情報管理)
- ・机上演習、本部運営演習

3 開催会場

吉塚合同庁舎 6階「603会議室」
〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町13-50

4 回答方法

ふくおか電子申請サービス(福岡県電子申請)による(以下のURLを参照)。

(申請者IDはなくても回答可能です。パソコンやスマートフォンで回答できます。)

<https://www.shinsei.ele-front.jp/fukuoka/uketsuke/form.do?acs=DisasterMedicalTraining-h3010>

※なお、当該申請サービスを利用できない場合には、以下の手順で提出してください。

(1) 以下のURLより様式等のダウンロードする。

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/disaster-medical-training-h3010.html>

(2) 回答様式(エクセルファイル)に回答を入力(PDF化しないでください。)

(3) 電子メールに回答様式をエクセルファイルのまま添付し、医療指導課メールアドレス iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp に送付する。

5 回答様式等

[回答様式](#) [\[Excelファイル/13KB\]](#)

[【参考資料】平成29年度実施スケジュール及び講師一覧](#) [\[Excelファイル/66KB\]](#)

[【参考資料】平成29年度研修内容詳細](#) [\[PDFファイル/822KB\]](#)

[【参考資料】福岡県における災害時の医療救護活動の実施体制](#) [\[Wordファイル/840KB\]](#)