



福岡医発第 3068 号 (地)

令和 5 年 2 月 9 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 4 年度結核・感染症発生動向調査研修会（ハイブリッド開催）について（ご案内）

時下 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、標記研修会を別紙 1 のとおり開催いたしますのでご案内申し上げます。

本年度は、下記のとおり WEB と会場のいずれかで参加が可能なハイブリッド形式で開催することといたしました。

つきましては、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 各定点観測医療機関には、本会より直接ご案内いたします。
- 2) WEB（Zoom）及び会場参加のいずれの場合でも、日本医師会生涯教育講座 2 単位（CC：8）が取得可能です。

記

◇日 時：令和 5 年 3 月 18 日（土）15：00～17：30

◇会 場：①福岡県医師会 5 階大ホール

福岡市博多区博多駅南 2-9-30 TEL092-431-4564

②WEB（Zoom）

◇参加形式：①会場または②WEB（Zoom）

◇申込締切：令和 5 年 3 月 10 日（金）まで

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 橋本朋也
会長 島田昇二郎

結核・感染症発生動向調査研修会 開催要綱

1. 開催日時：令和5年3月18日（土）
2. 開催形式：①会場参加＋②WEB参加のハイブリッド形式で開催する。
①会場：福岡県医師会館5階大ホール（福岡市博多区博多駅南2-9-30）
②ZOOM ウェビナーによるWEB配信
3. プログラム：別紙2のとおり
4. 対象者：医師
5. 申込方法：令和5年3月10日（金）〆切

【①会場参加】

- ・会場参加者申込用紙（別紙3）により福岡県医師会宛にFAX（092-411-6858）にお申込み

【②WEB参加】

- ・URL（https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_-jU_phkeT_aYLnv7E58VXw）
又は右記QRコードよりお申込み



6. 資料：当日の特別講演の資料を開催の1週間前頃に、下記の本会ホームページに掲載いたしますので、各自ダウンロードしていただきますようお願いいたします。

福岡県医師会ホームページ＞お知らせ＞令和4年度結核・感染症発生動向調査研修会

7. 取得単位：日医生涯教育講座2単位（CC：8）
8. その他：・3月13日（月）12時～14時に研修会当日と同じURLを用いてテスト配信をいたします。WEB参加ご希望の方は、登録後に自動送信される招待メール本文中の“ここをクリックして参加”よりアクセスしてください。

連絡・問合せ先

福岡県医師会地域医療課（北原）

TEL：092-431-4564 FAX：092-411-6858

E-Mail：fjma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

令和4年度結核・感染症発生動向調査研修会（ハイブリッド開催）

△と き：令和5年3月18日（土）15:00~17:30

△ところ：福岡県医師会館 5階大ホール及びWEB（Zoom）

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

1. 開 会

2. 挨拶

3. 1年間の経過報告

- | | | |
|-----------|---------------------|---------|
| ①一般感染症 | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 田 中 義 人 |
| ②予防接種対象疾患 | 結核・感染症発生動向調査委員会副委員長 | 岡 田 賢 司 |
| ③S T D | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 濱 砂 良 一 |
| ④結 核 | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 高 田 昇 平 |
| ⑤総 括 | 結核・感染症発生動向調査委員会委員長 | 青 木 知 信 |

4. 情報提供

「福岡県における One Health の取り組み」

講 師：福岡県保健医療介護部保健医療介護総務課ワンヘルス総合推進室

参事補佐兼研究等拠点整備係長 荒 牧 明 世

5. 特別講演

演 題：「One Health アプローチについて（仮）」

講 師：国立国際医療研究センター病院

AMR 臨床リファレンスセンター臨床疫学室長

松 永 展 明

座 長：結核・感染症発生動向調査委員会解析委員長

青 木 知 信

6. 閉 会

福岡県医師会地域医療課宛

(FAX:092-411-6858)

※会場参加希望者のみ、こちらの用紙を使用して下さい。

令和4年度結核・感染症発生動向調査研修会

【会場参加者 申込用紙】

△日 時 令和5年3月18日(土) 15:00～17:30

△会 場 福岡県医師会館5階大ホール(福岡市博多区博多駅南2-9-30)

1. フリ ガナ
氏 名 : _____

2. 生 年 月 日 : _____

3. 所属医療機関 : _____

4. 職 種 : (医師・医療従事者・事務・その他(____))

5. 医師の方のみお答え下さい。

ア・医師会会員 (所属医師会 : _____)

イ・医師会非会員

医籍登録番号 : _____