



福医学発 22 号
令和 5 年 12 月 11 日

小郡三井医師会長 殿

第 16 回福岡県医学会総会
会 頭 蓮澤 浩明（福岡県医師会長）
学会長 酒井 昭典（産業医科大学医学部長）
（公 印 省 略）

第 16 回福岡県医学会総会の開催について

師走の候、貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

福岡県医師会では、医学に関する科学および技術の研究促進を図り、医学および医療の水準の向上に寄与することを目的として「福岡県医学会」を設置し、医療関係者が一堂に会する医学会総会を年 1 回開催いたしております。

本会ではこの学会を学術団体である医師会の中心的事業として捉え、今後も、充実発展させてまいりたいと考えておりますので、貴会におかれましても、本学会の主旨をご理解いただき、是非ご協力賜りますようお願い申し上げます。本年度の医学会総会は、医学部生が早期より医師会を知ってもらうための機会として、一般演題（ポスターセッション）に新たに医学部生部門を創設しております。

つきましては、別添プログラム（会員数分）並びに会館掲示用ポスター（3 枚）を別便にて（12 月 11 日到着予定）印刷会社から送付いたしますので、貴会会員へご周知いただきますとともに、下記の動員についてご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 貴会から出席者（動員数を確保願います）を別紙の名簿にてお取り纏めの上、1 月 26 日（金）までに下記メールアドレス宛にご回報ください。
動員数については、会員並びに医療従事者、医学部学生等を含みます。貴職並びに貴会役員は必ずご出席賜りますようお願い申し上げます。
- 2) 昼食は無料で弁当を準備いたしますので、必要な場合は必ず事前にお申込み下さい。
- 3) 無料託児室を設置いたします。ご希望の場合は事前の申込みが必要となりますので、本会事務局総務課（TEL 092-431-4564）へご連絡ください。
- 4) 当日は全国医師会研修管理システムを用いた出欠管理を行いますので、医師資格証をお持ちの方は必ずいただくようご案内願います。

記

動員数 6 名

連絡先：福岡県医学会事務局（福岡県医師会総務課内）
TEL 092-431-4564 / FAX 092-411-6858
E-mail f-igakukai@fukuoka.med.or.jp

小郡三井医師会より

学術担当理事 柳 大三郎
会長 島田昇二郎

福岡県医学会総会が別紙のとおり開催されます。多数の方のご参加をお願いします。参加可能な方は、別紙にて1月19日までに当医師会事務局へご連絡ください。

◆プログラム

1. 開 会(10:30)

福岡県医師会副会長 長柄 均

2. 挨拶(10:35)

会 頭 蓮澤 浩明(福岡県医師会会長)
学会長 酒井 昭典(産業医科大学医学部長)

3. 福岡県医学会賞の表彰および受賞者講演(10:45~11:40)

4. 次期学会長挨拶(11:40)

九州大学医学部長 赤司 浩一

5. ポスターセッション(11:50 — 昼食中 —)

<一般部門・研修医部門>テーマ「**地域医療に役立つ最新の医療**」

<医 学 部 生 部 門>テーマ「**臨床研究報告**」

■ 昼 食 (11:50~13:30)

6. シンポジウム(13:30~16:10) ※各40分

テーマ「**地域医療の中での大学病院の在り方**」

座 長：福岡県医学会総会会長・福岡県医師会会長 蓮澤 浩明
福岡県医学会総会学会長・産業医科大学医学部長 酒井 昭典

1 「先端医療と健康社会の実現に向けた九州大学病院の取り組み」

九州大学病院長 中村 雅史

2 「地域と共に歩む久留米大学病院」

久留米大学病院長 野村 政壽

3 「今から福岡大学病院ができること~2040年問題に向けて~」

福岡大学病院長 三浦 伸一郎

4 「地域医療における産業医科大学病院の役割と取り組み」

産業医科大学病院長 田中 文啓

総合討論(16:20~16:50) ※30分

■ 休 憩 (16:10~16:20)

7. ポスター優秀賞表彰

8. 閉 会(17:00)

福岡県医師会副会長 堤 康博

[主 催] 福岡県医学会

[参加方法] 右側のQRコード、福岡県医学会ホームページ又はFAX送信より申込(記入事項:氏名/医籍登録番号/所属/住所/生年月日/電話番号/職業等)氏名・住所等の個人情報は、この総会の出席確認に限り使用させていただきます。なお、医師資格証をお持ちの方は、当日必ずご持参ください。

参加申込用
QRコード ▼



福岡県医学会総会



小郡三井医師会宛(締切1月19日(金))

FAX73－1559

第16回福岡県医学会総会 出席者名簿(会場参加者)

名称	医籍登録番号 (半角数字)	氏名 (全角)	フリガナ (全角カナ)	所属医療機関名	生年月日 (YYYY/MM/DD) (半角数字)	メールアドレス	昼食 (要・不要)	託児
備考	6桁	姓と名の間には全角スペースを1つ入れて下さい。	カナ姓とカナ名の間には全角スペースを1つ入れて下さい。		西暦を用いて10桁で入力して下さい。	開催についてのお知らせに使用する場合がございます。		利用希望の場合は○を記入の上、電話番号を明記下さい。
例	123456	県医 太郎	ケンイ タロウ	〇〇病院	1980/01/01	fpma@fukuoka.med.or.jp	要	TEL 〇〇〇-〇〇〇〇
1								
2								
3								
4								
5								

※全国医師会研修管理システム上で受講管理を行うため、必ず規定の形式のままご入力ください。