



福岡県医師会第 1295 号 (地)

令和 5 年 8 月 18 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

予防接種に関する研修会（ハイブリッド）及び
アナフィラキシー対応講習会の開催について

日頃から本会事業にご協力賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会では例年、予防接種に関する研修会（以下、「研修会」）を開催しておりますが、今年度は会場（福岡県医師会館）及びWEBのいずれでも参加可能なハイブリッド形式で開催するとともに、研修会の開会前にアナフィラキシー対応講習会（以下、「講習会」）も開催することといたしました。なお、研修会からの参加も可能です。

研修会では、福岡看護大学 基礎・基礎看護部門の岡田 賢司教授より、令和 4 年 4 月から積極的勧奨が再開され、本年 4 月からは 9 価ワクチンが追加されたHPVワクチン等について、最新の知見や接種における留意事項等についてご講演いただく予定としております。

また講習会では、予防接種後に生じた副反応、特にアナフィラキシーへの適切な対応等を習得していただくことを目的として、アナフィラキシー対応講習会を開催いたします。講習会では、アナフィラキシー症状の進行を一時的に緩和し、ショックを防ぐための補助治療剤であるエピペンの使用方法や留意事項についても製薬会社より説明いただく予定としております。受講された場合は、エピペンの納入を受けるにあたり必要な製薬会社の事前講習を受講したものとみなされます。なお、講習会の受講は会場参加のみとなりますのでご注意ください。

参加申込方法等の詳細については、別添「開催要綱」をご参照ください。

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き、多数の先生方にご参加いただけますよう、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

予防接種に関する研修会及び アナフィラキシー対応講習会開催要綱

1. 開催日時：令和5年9月20日（水）

Ⅰ アナフィラキシー対応講習会

18：30～18：50

Ⅱ 予防接種に関する研修会

19：00～20：00

2. 開催形式：Ⅰ アナフィラキシー対応講習会

①会場のみ（福岡市博多区博多駅南2-9-30）

Ⅱ 予防接種に関する研修会

①会場＋②WEB（ハイブリッド形式）

3. 内 容：

Ⅰ 講習会

「アナフィラキシーが生じた場合の適切な対応について」

講師：ヴィアトリス製薬株式会社

ブランドビジネス営業本部 スペシャルティ営業部

川 端 保 宏 中国九州エリア マネージャー

Ⅱ 研修会

「HPVワクチン及び予防接種の最新情報（仮）」

講師：福岡看護大学 基礎・基礎看護部門

岡 田 賢 司 教授

4. 対象者：医師、医療従事者等

5. 申込方法：令和5年9月13日（水） 〆切

※18：30からの講習会の参加を希望される場合は、会場参加のみとなります。

【①会場参加】

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

【②WEB参加】

- ・URL または QR コードより申込。

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_CC0wQzWyQWGmLmjR2sxddw



6. 資料：当日の資料を開催前日までに、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。会場受講者については、本会でご準備いたします。

福岡県医師会ホームページ＞お知らせ＞令和5年度予防接種に関する研修会

7. 取得単位：生涯教育講座1単位（CC：11「予防と保健」）が取得できます。

8. 留意事項：

①18：30～18：50の講習会は、会場参加のみとなります。

※アナフィラキシー対応講習会より参加いただくと、エピペンの処方医師としての登録が可能となります。

②19：00の研修会からの参加も可能となります。

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：fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

※会場で受講される方のみ、こちらの用紙を使用して下さい。

令和5年度予防接種に関する研修会（ハイブリッド開催）

【会場参加者 申込用紙】

△と き 令和5年9月20日（水）

講習会 18：30～18：50

研修会 19：00～20：00

△ところ 福岡県医師会館5階ホール（福岡市博多区博多駅南2-9-30）

1. フリ 氏 ガナ 名： _____

2. 生年月日： _____

3. 所属機関先： _____

4. 職 種：（医師・医療従事者（医師以外）・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： _____）

医籍登録番号： _____

イ・医師会非会員

医籍登録番号： _____

6. 住 所： 〒 _____

7. 参加プログラム：

☐講習会から参加（18：30～）・☐研修会から参加（19：00～）