



福岡医発第 1621 号 (総)

令和 5 年 9 月 26 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 蓮 澤 浩 明

(公 印 省 略)

各医師会組織強化担当理事者会の開催について

秋涼の候、貴殿益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より本会会務に特段のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、ご承知のとおり若手医師の医師会加入は組織強化に向けた大きな課題であり、日本医師会及び福岡県医師会では、昨年度まで臨床研修医を対象としていた会費減免期間を本年度より医学部卒後 5 年目まで延長し、各郡市区医師会においても、同様に会費減免期間延長の実施と対象者の入会促進についてご協力をお願いしていたところ

です。

今般、各医師会の現状を把握しその取り組みを強化連携していくため、標記担当理事者会を下記のとおり開催することといたしました。

つきましては、貴会担当理事並びに事務局担当者の出席についてご高賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 出席者については、別紙により令和 5 年 10 月 31 日 (火)までにご回答いただきますようお願い申し上げます。
- 2) ご出席いただく担当理事並びに事務局担当者について、各 1 名分の旅費をお支払いさせていただきます。こちらあわせて別紙にてご回答ください。
- 3) 開催に際し、各医師会における組織強化の取り組み状況を把握することで、さらなる組織強化に向けた施策を検討する際の一助とすることを目的として、
「各医師会における組織強化に向けた取り組み状況調査」をWEB (Google フォーム) にて実施する予定です。調査実施の準備が整いましたら、後日、別通知にてご連絡申し上げます。

記

△ と き 令和 5 年 11 月 21 日 (火) 16 : 00 ~ 17 : 30 (予定)

△ と ころ 福岡県医師会館 5 階研修室 1

福岡県医師会総務課

Mail fpma-somu@fukuoka.med.or.jp FAX 092-411-6858

各医師会組織強化担当理事会

△と き 令和5年11月21日(火) 16:00～17:30(予定)

△ところ 福岡県医師会館 5階研修室1

1. 出席者について

医師会名 _____

【担 当 理 事】出席者氏名・(役職名) _____ (_____)

【事務局担当者】出席者氏名・(役職名) _____ (_____)

2. 振込先 ※ 1. 2いずれかに○をつけてご記入ください。

医師信用組合の場合も口座番号のご記入をお願いいたします。

【担 当 理 事】

1. 福岡県医師信用組合 2. 銀行 支店

普通預金 No. _____

フリガナ

口座名

【事務局担当者】

1. 福岡県医師信用組合 2. 銀行 支店

普通預金 No. _____

フリガナ

口座名
