

事 務 連 絡
令 和 5 年 9 月 1 日

松原市医師会 様

松原市教育委員会事務局
教育推進課長 長尾 彰太郎

大阪府学校保健会学校医部会 学校保健研修会の開催について(依頼)

標記について、別添(写)のとおり、大阪府教育庁教育振興室保健体育課長より依頼がありました。

つきましては、貴属の学校園医様に周知願うとともに、参加希望がありましたら、別紙2により下記事務局あてに直接申し込むよう連絡をお願いします。

連絡先

松原市教育委員会事務局 学校教育部
教育推進課 担当:天野 順子
〒580-8501 松原市阿保1丁目1番1号
TEL 072-334-1550(内線 2583)
TEL 072-337-3150(直通)
FAX 072-332-7720
E-mail suisin@matsubara.e-kokoro.ed.jp



教保第2017号
令和5年8月31日

市町村教育委員会
学校保健主管課長様

大阪府教育庁
教育振興室保健体育課長

大阪府学校保健会学校医部会 学校保健研修会の開催について（依頼）

標記について、別添のとおり大阪府学校保健会会長から依頼がありました。

大阪府学校保健会学校医部会は大阪府学校保健会の学校医の組織として、昭和26年の設立以来、府内の学校保健の推進・発展に寄与されてきたところです。

このたび、学校医活動の一層の充実を図るため、標記研修会が開催されることとなりました。お忙しいところ恐れ入りますが、貴所管学校園の学校医及び園医に周知いただきますようお願い申し上げます。

なお、参加を希望される場合は、学校医及び園医ご本人が別紙2により下記事務局あて申し込むこととなっております。

記

<添付書類>

別紙1 「大阪府学校保健会学校医部会 学校保健研修会の開催について（ご案内）」

別紙2 学校保健研修会申込書

<提出先・問合せ先>

大阪府学校保健会学校医部会事務局 担当 出海

TEL 06-6763-0951

FAX 06-6773-9008

【担当】

大阪府教育庁 教育振興室 保健体育課
保健・給食グループ 西 美絵

〒540-8571 大阪府中央区大手前2丁目

TEL : 06-6944-9365 FAX : 06-6941-4815

E-Mail : NishiM@mbox.pref.osaka.lg.jp

令和5年8月

学校医 各位

大阪府学校医会
会長 森口 久子

大阪府学校保健会学校医部会 学校保健研修会の開催について（ご案内）

平素より大阪府学校保健会及び同会学校医部会の活動にご協力いただきありがとうございます。
今年も下記の通り「学校保健研修会」を大阪府医師会の後援を得て、大阪府立高等学校校医会・大阪私立学校保健会共催で開催致します。

ご参加をご希望の先生は、**FAXにて令和5年8月28日（月）～令和5年9月15日（金）の期間**
受付を致しますので別紙申込書にご記入の上、下記事務局までFAXのご送信お願い致します。
なお、上記期間外のお申し込みは受付できませんのでご注意くださいようお願いいたします。
先着順（150名）にて受講を決定させていただきますのでご了承ください。

令和5年度 第1回学校保健研修会

場 所： 大阪府教育会館 たかつガーデン TEL (06) 6768-3911

日 時： 令和5年9月30日（土） 14：00～17：00

人 数： 150名（学校医）

- 内 容： ①「運動・活動時の熱中症対策－教育現場における取り組みに向けて－」
大阪公立大学 都市健康・スポーツ研究センター
教授 岡崎 和伸
- ②「小児神経筋疾患がある子どもと家族が求める支援について
～脊髄性筋萎縮症（SMA）を中心に～」
大阪市立総合医療センター 小児脳神経内科
部長 岡崎 伸

申込み：別紙 参加申込書にご記入の上、令和5年8月28日（月）～令和5年9月15日（金）の
期間に本会事務局までFAX送信お願い致します。

申込締め切り：**令和5年9月15日（金）**

*** ご参加が決定の方には通常締切日以降受講票をFAX致します。**

※ 受講の不可につきましては、FAXにてご連絡させていただきます。

受講が決定されました先生方は、当日、**受講票を必ずご持参**下さいませお願い致します。

※本研修会は、**大阪府医師会生涯研修・指定学校医制度研修会**として申請をしています。

<問い合わせ先> 大阪府学校医会 事務局 担当 出海（いずみ）
〒542-0062 大阪市中央区上本町西3-1-7 5F
TEL 06-6763-0951 FAX 06-6773-9008

FAX番号 06-6773-9008

送信日 令和 年 月 日

参加申込

令和5年9月30日(土)「学校保健研修会」に参加します。

氏 名 _____

学 校 名 _____ 小・中・高・支

所属医師会名 _____ 医師会

連 絡 先 (必ず連絡の取れる連絡先を御記入ください。)

電 話 _____

受講票送付先FAX _____

*ご質問・ご希望がございましたら下記にご記入ください。

.....
.....
.....
.....
.....

申込受付 令和5年8月28日(月)～令和5年9月15日(金)

*先着順にて決定させていただきます。ご了承ください。