令和５年１月 19 日

郡市区等医師会長　様

大阪府医師会
会長　高井　康之
（公印省略）

「令和４年度かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」
の開催について（ご案内）

時下　ますますご清祥のこととお慶び申しあげます。

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚くお礼申しあげます。

さて、本会では、別紙のとおり、今年度も大阪府からの受託事業の一環として「かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」を開催いたします。

また、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を鑑み、Web との併用で開催させていただきたく存じます。

お申込みにつきまして、Web 受講をご希望の方は、Web 上で直接お申し込みをいただき、ご来館でご受講をご希望の方は、別紙受講申込書へ必要事項をご記入の上ＦＡＸ（06-6765-3737）にて本会地域医療２課宛にご送付いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

締め切りは、**２月 24 日（金）**とさせていただきたく存じます。

つきましては、公務ご多用のところ誠に恐縮ではございますが、標記について貴会員方に、是非ご参加いただきたく存じますので、ご周知方ご高配賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

＜担当事務局＞
大阪府医師会　地域医療２課（竹村）
〒543-8935　大阪市天王寺区上本町 2-1-22
TEL：06-6763-7002／FAX：06-6765-3737

# 令和4年度　かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修

1. 日　　時 ： 令和 5 年 3 月 2 日（木）午後2時～4時
2. 場　　所 ：（現　地　参　加）大阪府医師会館　4階大会議室
（オンライン参加）下記 URL もしくは QR コードのページより申込ください。
3. 対　　象 ： 医師、医療従事者等
4. 定　　員 ： 110 名
5. 位置付け ：（1）大阪府かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修事業
（2）大阪府医師会生涯研修システム登録研修会：2.0 単位
（CC：4．13．72．72 各 0.5 単位）
（3）日医かかりつけ医機能研修制度　応用研修：1.0 単位
6. 主　　催 ： 大阪府、大阪府医師会
7. 修了証書の交付 ：
研修修了者には後日、大阪府知事より「かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修修了証書」が発行され、受講申込書に記載の医療機関へ送付
8. 内　　容 ：

挨　　拶 ： 大阪府医師会　理事　　前川　たかし
司会・座長 ： 大阪府医師会　理事　　前川　たかし

（1）説　明　「大阪府の発達障がい児者支援について
～発達障がい児者支援における医療と福祉の連携を中心に～」（CC:13）
大阪府福祉部障がい福祉室　地域生活支援課
発達障がい児者支援グループ　　課長補佐　福元　清文

（2）講　演　「発達障がいに関連するさまざまな話題」（CC:4．72．72）
大阪母子医療センター子どものこころの診療科　副部長　平山　哲

＜Web による研修会（Zoom）受講方法について＞

① 下記 URL または QR コードよりお申込下さい。
https://zoom.us/webinar/register/WN_9OsFzZyAR7WglohoXRycHQ

QR コード

② 申込み直後にメールが届きますのでご確認下さい。
研修会当日参加ページの URL が、メール文面中段に掲載されています。
※メールが届かない場合は、恐れ入りますが、a-takemura@po.osaka.med.or.jp
（担当：竹村）までご連絡下さい。

③ 当日参加方法
開催1日前に案内メールが届きます。
当日参加ページの URL が掲載されていますので、そちらをクリックしてご参加下さい。

④ 研修会資料について
現在調整中（開催1日前の案内メールでも、資料掲載先 URL をお知らせする予定です）。
※講師の都合により、掲載できない場合もございますので、ご了承下さい。

FAX:06－6765－3737
大阪府医師会　地域医療2課　行

**【別紙：府医会館での受講用】**

# 「令和4年度かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」
# 受講申込書

日時：令和5年3月2日（木）午後2時～4時
場所：大阪府医師会館2階ホール

◆参加証の事前郵送はございませんので、当日は直接お越しください。
◆**修了証書は後日郵送させていただきます**。
◆下記項目をご記入の上、大阪府医師会地域医療2課宛てにお申し込みください。
**【2月 24 日（金）締め切り】**

①氏（ふりがな）　名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②所属機関名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆職種について該当するものに☑をご記入ください。

□医師

□医師以外（具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

③所属地区医師会（医師の場合のみ）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医　師　会＿＿＿＿

医籍登録番号　□□□□□□

④連絡先住所　**※修了証書のお送り先住所をご記入ください**

（ 自宅　・　医療機関　・　その他 ）＊○をつけてください。

〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤TEL・FAX番号

TEL：　　（　　）

FAX：　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜事務局＞大阪府医師会地域医療2課（担当：竹村）
TEL:06－6763－7002　FAX:06－6765－3737