

令和 6年 12月 20日

郡 市 区 等 医 師 会 長 様

大阪府医師会長代行
加 納 康 至
(公 印 省 略)

令和6年度 産業医生涯（実地）・基礎（実地）研修会の開催について
（ご案内とお願い）

平素は本会の諸事業に対しまして、格別のご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会では、標記研修会を別記「開催要領」のとおり令和7年2月15日（土）に開催いたします。

つきましては、貴会会員にご案内くださいますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本研修会については、府医ホームページでも案内予定であることを申し添えます
(<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/industrial-physician.html>)。

※事務局：大阪府医師会 地域医療1課 堀田・澤野
(TEL 06-6763-7012・FAX 06-6766-2875)

令和6年度 産業医生涯（実地）・基礎（実地）研修会実施要領

1. 日 程：令和7年2月15日（土）午後2時00分～4時00分（Aグループ）
午後2時30分～4時30分（Bグループ）

2. 場 所：大阪府医師会館4階大会議室

3. 主 催：大阪府医師会

4. 受 講 資 格：大阪府医師会員

5. 演 題 ・ 講 師 （敬称略）

演題：「復職に関する症例検討会」（仮）

Aグループ 豊川産業医事務所 所長

豊川 彰博

Bグループ 萩原労働衛生コンサルタント事務所 代表

萩原 聡

6. カリキュラム：生涯（実地）研修 2. 0単位
基礎（実地）研修 2. 0単位

7. 単 位 数：日医認定産業医制度指定研修会 2単位

※日医生涯教育制度に基づく研修指定2単位

大阪府医師会指定学校医制度学校保健単位1単位（申請予定）

8. 受講予定人数：100名（各グループ50名）

- ・ 締め切り時点で大阪府医師会員の方限定。
- ・ 申込多数の場合は抽選。ただし、生涯研修希望者は有効期限が令和8年3月までの方を優先。

9. 受 講 料：4, 000円

10. 問い合わせ先：大阪府医師会地域医療1課（TEL 06-6763-7012）

～申込みにあたっての注意事項～

1. 締切時点で大阪府医師会員の方が限定の研修会となります。
2. 申込みには、必ず別紙申込用紙をご利用下さい。大阪府医師会地域医療 1 課まで郵送（〒543-8935〔住所不要〕）、もしくはFAX（06-6766-2875）にてお申込みください。
3. 申込締切は令和7年1月17日（金）必着です。
4. 申込多数の場合は抽選。ただし、生涯研修希望者は有効期限が令和8年3月までの方を優先します。
5. 締切後、受講の可否等について、郵送にてご案内いたします。
6. 詳細は、大阪府医師会地域医療 1 課（TEL 06-6763-7012）まで。

〈大阪府医師会ホームページ〉

<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/industrial-physician.html>

大阪府医師会 地域医療1課（FAX 06-6766-2875）行
令和7年1月17日（金）締切（必着） ※大阪府医師会会員限定の研修会です。

産業医生涯（実地）・基礎（実地）研修会

日 程： 令和7年2月15日（土）

場 所： 大阪府医師会館4階大会議室

1. 受講希望の単位種別 ※（ ）に○をつけて下さい

（ ） 生涯 ・ （ ） 基礎

2. 受講希望日時

受講を希望するグループ1つに○を付けて下さい。

14:00～16:00 Aグループ		14:30～16:30 Bグループ	
----------------------	--	----------------------	--

3. 氏 名

4. 所属医療機関名

5. 送付先 （☐ 所属医療機関 ☐ 自宅 [←チェックしてください]）
〒

6. TEL：_____（ ） FAX：_____（ ）

7. 所属地区医師会名

8. 認定産業医番号（7ケタ）
※認定産業医のみ

--	--	--	--	--	--	--

9. 医籍登録番号（6ケタ）

--	--	--	--	--	--

10. 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※認定産業医のみ

11. 取得済単位数（申込時点） _____ 単位

〈申込先〉大阪府医師会地域医療1課 〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2-1-22
TEL：06-6763-7012 FAX：06-6766-2875