

令和3年11月25日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長  
茂松 茂人  
(公印省略)

令和3年度 大阪府在宅医療総合支援事業  
「在宅医療における死因診断に関する研修会（中河内・南河内ブロック向け）」  
の開催について（ご案内）

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本会において、別紙のとおり、地域医療介護総合確保基金を用いた大阪府在宅医療総合支援事業に係る標記研修会を開催することとなりました。

標記研修会は、中河内・南河内ブロック向けの開催となっておりますが、他のブロックからも参加可能です。

については、誠にお手数とは存じますが、貴会会員へご周知賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます（※本研修の案内は、府医ニュース12月1日号にも掲載されます）。

標記研修は、会場での受講に加え、Webでもご受講いただけます。会場受講を希望される場合は、別紙申込書に必要事項をご記入の上、令和4年1月7日（金）までに、本会地域医療2課宛にFAX（06-6765-3737）をお送りいただきますよう、お願い申し上げます。

なお、Web受講を希望される場合は、下記URLまたはQRコードよりお申し込みくださいますよう、お願い申し上げます。

記

日時：令和4年1月14日（金）午後2時～4時

会場：【来場受講】大阪府医師会館 2階ホール

【WEB受講】下記URLまたは

QRコードよりお申し込みください。

<申込URL>

[https://zoom.us/webinar/register/WN\\_gHPYAU2-RMK-\\_igzAk-cYA](https://zoom.us/webinar/register/WN_gHPYAU2-RMK-_igzAk-cYA)

<QRコード>



《事務局》

大阪府医師会 地域医療2課 吉田

TEL：06-6763-7002

FAX：06-6765-3737

メール：[r-yoshida@po.osaka.med.or.jp](mailto:r-yoshida@po.osaka.med.or.jp)

## 在宅医療における死因診断に関する研修会 (中河内・南河内ブロック向け)

1. 日 時：令和4年1月14日(金)午後2時～4時
2. 場 所：(会場受講)大阪府医師会館 2階ホール  
(Web受講) 下記URLまたはQRコードよりお申し込み
3. 対象者：府医会員、在宅医療・介護連携推進事業担当者(コーディネーター)、  
訪問看護師、行政職員、地域包括支援センター職員、  
介護支援専門員等の在宅医療に関わる多職種など
4. 会場定員：100名(新型コロナ感染拡大防止のため、定員減とし、会場受講申  
込者多数の場合は抽選。受講不可の場合のみ連絡)
5. 生涯教育：2単位(CC：12、13、80、81)

### 《 次 第 》

#### (1) 開 会

挨拶： 大阪府医師会 副会長 中尾 正俊  
座 長： 府医「介護・高齢者福祉委員会」委員 川邊 正和

(2) 講 演：「コロナ禍での看取りと死亡・死因診断、死後診察について」(仮題)  
大阪大学大学院 医学系研究科 法医学教室 教授 松本 博志

#### (3) 閉 会

#### <Webによる受講方法について>

◇利用システム：Zoomを利用したWeb受講の研修会となります。

##### ①インターネットによる申込

申込 URL：[https://zoom.us/webinar/register/WN\\_gHPYAU2-RMK-igzAk-cYA](https://zoom.us/webinar/register/WN_gHPYAU2-RMK-igzAk-cYA)

##### ②お申し込み直後にメールが届きます

研修会当日の参加ページ 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、

[r-yoshida@po.osaka.med.or.jp](mailto:r-yoshida@po.osaka.med.or.jp)(担当：吉田)までご連絡ください。



##### ◇当日参加方法

①開催1日前に届く案内メールに当日の参加ページ URL が掲載されています。そちらをクリックしてご参加ください。

②インターネット回線が混み合う可能性があるため、研修会の開始までに余裕をもってご参加ください。

# ※会場受講用申込書

◎大阪府医師会 地域医療2課 行 (FAX: 06-6765-3737)

「在宅医療における死因診断に関する研修会

(中河内・南河内ブロック向け)」

日時：令和4年1月14日(金) 午後2時～4時

会場：大阪府医師会館 2階ホール

〒

医療機関所在地

医療機関名

ふりがな

氏名

所属地区医師会名

医籍登録番号

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

連絡先電話番号

連絡先FAX番号

※医師会員以外で受講を希望のされる方は、職種をチェック (☑) してください。

看護師、 ケアマネジャー、 その他 ( )