

令和 4年 3月 18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4年度 産業医生涯(更新・専門)・基礎(後期)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4年4月20日(水)と4月21日(木)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。

本研修会については、府医HP (<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/industrial-physician.html>)でも案内予定でありますことを、申し添えます。

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

令和4年度 産業医生涯(更新・専門)・基礎(後期)研修会実施要領

1. 日 時：令和4年4月20日(水)、4月21日(木) ※何れか1日のみ受講可
いずれも、午後5時45分～午後7時45分
2. 場 所：大阪府医師会館
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)

開催日	演題・講師 <u>※予定</u>		カリキュラム
4月20日(水)	(演題1) 17:45～18:45	「労働衛生関係法規と関係通達の改正」 大阪労働局労働基準部健康課 <u>※調整中</u>	生涯(更新)研修 1.0単位
	(演題2) 18:45～19:45	「産業医の職務」 大阪市立大学大学院医学研究科 都市医学講座 産業医学 准教授 佐藤 恭子	生涯(専門)研修 1.0単位 基礎(後期)研修 2.0単位
4月21日(木)	(演題1) 17:45～18:45	「事例から学ぶ嘱託産業医に必要な 『うつ病』対応の実際」 夏目こころのコンサルティング 夏目 誠	生涯(専門)研修 2.0単位
	(演題2) 18:45～19:45	「治療と仕事の両立支援」 大阪労災病院治療就労両立支援センター センター長 久保田 昌詞	基礎(後期)研修 2.0単位

6. 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(1単位)申請予定

7. 受講予定人数：各日190名(予定)

(大阪府医師会員限定。両日の申込は不可。)

申込者多数の場合、基礎研修希望者は抽選。生涯研修希望者は、更新期限が令和4年以内の方を優先。令和5年以降の方は抽選。)

8. 受講料：各日2,000円

9. 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. 大阪府医師会員限定の研修会となります。
2. 申し込みには、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. 申込み締め切りは 4月1日（金）（必着）です。
4. 申込者多数の場合、基礎研修希望者は抽選。生涯研修希望者は更新期限が令和4年以前の方を優先。令和5年以降の方は抽選。
5. 締め切り後、受講の可否等について郵送にてご案内いたします。
6. 緊急事態宣言が発令された場合は中止いたします。また、新型コロナウイルス感染症の状況により、中止とさせていただく場合がございます。中止の場合は、大阪府医師会ホームページにてご案内いたします。
7. 詳細は、大阪府医師会地域医療1課 堀田（TEL06-6763-7012）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

4月1日(金)締め切り(必着)

※大阪府医師会会員限定の研修会です。 ※新型コロナウイルス感染症の状況により中止する場合がございます。

産業医生涯(更新・専門)・基礎(後期)研修会

日時： 令和4年4月20日(水)、令和4年4月21日(木) ※何れか1日のみ受講可
いずれも、午後5時45分～7時45分
場所： 大阪府医師会館

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 受講希望日に○をつけて下さい

4月20日(水)	生涯(更新)研修	1.0単位		<u>※両日の申込は不可</u>
	生涯(専門)研修	1.0単位		
	基礎(後期)研修	2.0単位		
4月21日(木)	生涯(専門)研修	2.0単位		
	基礎(後期)研修	2.0単位		

3. 氏 ^ふ ^り ^が ^な 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 (申込み時点) _____ 単 位