

事 務 連 絡
令和 7 年 1 1 月 1 0 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

令和 7 年度 第 3 回学校医・(産業医) 講習会について (案内)

標記について、別添(写)のとおり、大阪府学校医会及び一般社団法人 大阪府立
高等学校校医会会長から依頼がありました。

つきましては、貴属の学校園医様に周知願うとともに、参加希望の場合は、学校医
自身が、別紙「申込み用紙」に必要事項を記入の上、大阪府立高等学校校医会事務局
まで FAX 送信するようお伝え願います。

| |
|---|
| 担当：松原市教育委員会 学校教育部 教育推進課 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) Fax 072-332-7720 E-mail suisin@matsubara.e-kokoro.ed.jp |
|---|



教保第 1772-3 号
令和 7 年 10 月 21 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

令和 7 年度 第 3 回学校医・(産業医) 講習会について (案内)

標記講習会につきまして、(一社)大阪府立高等学校校医会会長から依頼がありました。

学校医及び産業医のための日本医師会認定産業医制度に基づく講習会となっておりますので、貴所管学校園にご周知いただき、学校医及び産業医へご案内いただきますよう連絡をお願いします。

また、参加希望の場合は、学校医・産業医自身が、別紙「申込み用紙」に必要事項を記入のうえ、大阪府立高等学校校医会事務局まで F A X 送信するようお願いいたします。

【留意事項】

- 当該講習会に係る問合せは、(一社)大阪府立高等学校校医会事務局 (TEL : 06-6763-0951) までご連絡ください。
- 受講料は参加する学校医・産業医自身がお支払いください。

【連絡先】

大阪府教育庁 教育振興室 保健体育課
保健・給食グループ 主査 村垣 彰
TEL : 06-6944-9365 FAX : 06-4397-4124
E-Mail : MuragakiA@mbox.pref.osaka.lg.jp

令和7年 10月 9日

各 位

(一社)大阪府立高等学校校医会

会 長 松木 智子

学校医(産業医)講習会開催について(ご案内)

平素から学校保健活動に御理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通り日本医師会認定産業医制度(申請済)における講習会を開催致します。

ご参加ご希望の方は別紙申込用紙にご記入頂き学校医会事務局へ FAX 送信お願い致します。

<令7年度 第3回 学校医(産業医) 講習会>

- ・日時 令和 7年12月21日(日) 13:30~16:40
会場の都合により3単位取得講習会は日曜日の開催となりますので宜しくお願い致します。
- ・場所 大阪府教育会館 たかつガーデン TEL (06)6768-3911
- ・内容 ①「産業医が知っておきたい色覚異常など」
宮浦眼科 院長 宮浦 徹
②「産業医がメンタル不調の従業員に対応する際の対応～法的観点から～」
梅田総合法律事務所 弁護士 石原 真弓
- ・単位 更新・専門3単位 (1.5・1.5)
- ・予定募集人数 200名 (先着順)
- ・受講料 5,000円 *当日受付にて申し受けます。
混雑緩和のためおつりのないようご協力お願い致します。
- ・申し込み方法
 - * 別紙申し込み用紙にご記入の上、下記学校医会事務局へ FAX 送信して下さい。
 - * 申し込み締め切り後受講票を FAX いたします。(令和7年12月10日頃から順次予定)
 - * 申し込み時にご記入頂く受講票送付先 FAX 番号は必ずお届けできる番号をご記入頂きます様ご注意ください。
- ・申し込み締め切り 令和7年11月14日(金)
- ・申込先(問い合わせ先) (一社)大阪府立高等学校校医会事務局
FAX (06)6773-9008 TEL (06)6763-0951 (月水金 10時~16時)

- 注意事項
1. 必ず日本医師会 MAMIS へのご登録をお願い致します
 2. 遅刻、早退をされますと全単位付与対象外となります。
 3. 府医ニュース・HPにも案内しますので重複申し込みにはご注意ください。

産業医講習会 申込FAX 06-6773-9008

締め切り 令和7年11月14日(金)

送信日 年 月 日

【学校医・産業医】

令和7年度第3回産業医講習会(R7.12.21(日) 13:30~16:40)に参加します。

| | |
|-----------------|--|
| 医籍登録番号 | |
| 氏名 | |
| フリガナ | |
| 勤務先園・学校 | 複数校の場合は1校のみご記入ください。 |
| 所属医師会 | |
| 所属医療機関名 | |
| 認定産業医番号 | 単位不要の方は四角にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> |
| 受講票送付先 FAX番号 | 必ずお手元に届く番号をお間違えの無いようご記入ください。 |
| 連絡先電話番号 | |

* 注意事項

- ・ 遅刻・早退の場合全単位付与対象外となりますので時間厳守でお願い致します。
- ・ 受付緩和のため受講料はおつりの無いようにご準備ください。