

令和 3年 10月 1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 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3年10月20日(水)と10月28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3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3年10月20日(水)、10月28日(木)
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：日医未認定産業医

日医認定産業医

※いずれも大阪府医師会会員限定

5. 研修内容

開催日	時 間	演題・講師	カリキュラム
10月20日(水)	(演題1) 午後5:45～6:45	「労働安全衛生法の改正および最近の 通達」 大阪産業保健総合支援センター 副所長 浅田 雅彦	基礎(後期) 2.0単位
	(演題2) 午後6:45～7:45	「職場復帰にまつわる法的課題」 天満法律事務所 弁護士 吉田 肇	生涯(更新) 1.0単位 生涯(専門) 1.0単位
10月28日(木)	(演題1) 午後5:45～6:45	「職域での健康診断事後措置の実際」 京都工場保健会 理 事 森口 次郎	基礎(後期) 2.0単位
	(演題2) 午後6:45～7:45	「事業所におけるコロナウイルス感染症の衛生管理」 大阪長谷エクリニック 所 長 西田 和彦	生涯(専門) 2.0単位

6. 単 位 数：日医認定産業医制度指定研修会 各日2単位

日医生涯教育制度に基づく研修指定 各日2単位

7. 受講予定人数：各日150名程度 (大阪府医師会会員限定。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、更新期限が迫っている方を優先)

8. 受講料：2,000円

9. 申し込み方法

別紙「～申込みにあたっての注意事項～」をご確認の上、お申込み下さい。

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. 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 10月8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迫っている方を優先。
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
10月8日(金)締め切り(必着)

※大阪府医師会会員限定の研修会です。 ※緊急事態宣言が発令された場合は中止いたします。

産業医生涯(更新・専門)・基礎(後期)研修会

日時： 令和3年10月20日(水)、10月28日(木)

各日とも午後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. 受講希望の日程 ※ () に○をつけて下さい

10月20日(水) 午後5時45分～7時45分	()
10月28日(木) 午後5時45分～7時45分	()

※複数日申込み可

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

〈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