

令和5年8月22日

(府医学術課)

郡市区等医師会長 殿

大阪府医師会勤務医部会

部会長 澤 芳樹

(公印省略)

令和5年度第1回（通算第62回）勤務医部会研修会の開催について （ご案内）

平素は本部会の諸活動の推進にあたり格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本部会におきましては、ご高承のとおり毎年、勤務医部会研修会を開催しております。本研修会はとかく日常診療に偏りがちな部会員の視野を広げることを目的に、医療に限らず広範囲の分野からテーマを選定し、開催しております。令和5年度第1回は、東京大学医学部附属病院・老年病科の紺野大地先生を招き、「脳AI融合の最前線」をテーマに、下記のとおり開催することとなりましたので、ご案内申し上げます。

貴会役員の先生方ならびに会員の先生方にご周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本研修会はZOOMでもご視聴いただけます。お申込みの際に、来館とZOOMのいずれかを選択くださいますようお願いいたします。

記

【令和5年度第1回（通算第62回）勤務医部会研修会】

1. 開催日時 令和5年9月26日（火）午後6時～
2. 会場 大阪府医師会館2階ホール・Web会議
3. 講演 「脳AI融合の最前線」 東京大学附属病院 老年病科 紺野 大地
4. 申し込み ①会場受講の場合

下記 URL または QR コードからお申し込みください。

〔現地受講申込用 URL〕

<https://onl.bz/B3hZMxN>



- ②WEB 受講の場合

下記 URL または QR コードからお申し込みください。

〔WEB 受講申込用 URL〕

<https://onl.bz/mddjVeE>



- ③WEB や QR コードでの申し込みが困難な方

別紙裏面の申込用紙にご記入し、FAX(06-6764-0267)もしくは

E-Mail(kinmu@po.osaka.med.or.jp)にて送信。

【お問い合わせ】大阪府医師会学術課（担当：長谷川）

TEL.06-6763-7006/FAX.06-6764-0267

✉ kinmu@po.osaka.med.or.jp

令和5年度第1回
(通算第62回)

医師会会員・非会員に関わらずど
なたでもご参加いただけます！

大阪府医師会 勤務医部会 研修会

参加
無料

テーマ「脳AI融合の最前線」

日時

2023年

9月26日 火 18:00-20:00

場所

大阪府医師会館 2階ホール (定員100名)
〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2-1-22

ZoomによるWeb参加もできます (定員300名)

座長

杉本 圭相
(大阪府医師会理事/近畿大学病院 副院長)
清水 智之
(大阪府医師会理事/あいばクリニック 理事長)

プログラム

- ① 講演
「脳AI融合の最前線」
紺野 大地 (東京大学附属病院 老年病科)
- ② 意見交換

日本医師会生涯研修単位 2単位 (CC:7・7・7・7)

申込方法

現地参加・Web参加により申込方法が異なります。
※詳細は裏面をご確認ください。

問合せ先

大阪府医師会学術課 (勤務医部会担当)
TEL: 06-6763-7006 E-Mail: kinmu@po.osaka.med.or.jp

令和5年度 勤務医部会研修会 お申し込みについて（**9/22（金）**）

① 現地参加希望の方

- ・右記QRコードよりお申し込みください
- ※入力項目は、受講者管理のために必要ですので、必ずご入力願います。
- ※同一のメールアドレスを使って複数人が申し込むことはできません。
- ※申込直後にメールが届くことをご確認下さい。
- ※Web参加の方は別QRからのお申し込みとなりますのでご注意ください。



② Web参加希望の方

- ・右記QRコードよりお申し込みください
- ※入力項目は、受講者管理のために必要ですので、必ずご入力願います。
- ※同一のメールアドレスを使って複数人が申し込むことはできません。
- ※申込直後にメールが届くことをご確認下さい。
研修会当日の参加ページのURLが、メール文面下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、
kinmu@po.osaka.med.or.jp（担当：長谷川）までご連絡ください。
- ※現地参加の方は別QRからのお申し込みとなりますのでご注意ください。



③ ①②が困難な方 下記申込用紙よりお申し込みください

下記申込用紙ご記入の上、大阪府医師会学術課までFAXもしくはメールにてお送りください。締切後、参加URLや参加票をお送りします。
(FAX：06-6764-0267、E-mail：kinmu@po.osaka.med.or.jp)

ふりがな	
氏名	
所属医療機関	
所属地区医師会 (医師のみ)	
チケット番号 (医師のみ)	
連絡先	TEL：
	E-mail：
参加方法	<input type="checkbox"/> 会場へ来館 <input type="checkbox"/> ZOOMで視聴