

事 務 連 絡
令 和 6 年 8 月 29 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6年度 第1回学校保健研修会開催について（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、参加希望がありましたら、各自、別紙「申込み用紙」に必要事項を記入のうえ、大阪府学校医会事務局までFAX送信するようお願いいたします。

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



大学保第 39 号
令和 6 年 8 月 19 日

各郡市町学校保健会会長 様

大阪府学校保健会
会長 松本 泰仁

令和 6 年度 第 1 回学校保健研修会開催について（案内）

標記講習会につきまして、大阪府学校医会会長から依頼がありました。

本研修会は、大阪府医師会生涯研修・指定学校医制度研修会に基づく講習会となっておりますので、貴会会員学校園にご周知いただき、学校園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、各自、別紙「申込み用紙」に必要事項を記入のうえ、大阪府学校医会事務局まで 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、大阪府学校医会事務局（TEL：06-6763-0951）までご連絡ください。

【連絡先】

大阪府学校保健会 事務局
大阪府教育庁 教育振興室 保健体育課内
担当：村垣 彰
TEL：06-6944-9365 FAX：06-6941-4815
E-mail：MuragakiA@mbox.pref.osaka.lg.jp

令和6年8月19日

学校医 各位

大阪府学校保健会
会長 松本 泰仁

令和6年度 第1回学校保健研修会開催について（ご案内）

平素から学校保健活動に御理解、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今年も下記の通り「学校保健研修会」を大阪府医師会の後援を得て、大阪府立高等学校校医会・大阪私立学校保健会共催で開催いたします。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送信いただきますようお願いいたします。

<令和6年度 第1回学校保健研修会>

- ・日時 令和6年9月21日(土) 14:00～17:00
- ・場所 大阪府教育会館 たかつガーデン TEL (06) 6768-3911
- ・内容 ①「神経免疫疾患～多発性硬化症と視神経脊髄炎～」
JCHO 大阪病院 脳神経内科診療部長 高田 和城
②「基礎から振り返る診断病理」
大阪公立大学大学院医学研究科 診断病理・病理病態学 孝橋 賢一
- ・募集人数 150名 (先着順)
- ・申し込み受付期間 令和6年8月19日(月)～令和6年9月10日(火)
- ・申し込み方法
別紙申込書に以下必要事項を記載の上、FAXにて 学校医会事務局 FAX:(06) 6773-9008
まで送付いただきますようお願いいたします。

- ①勤務されている学校 ①～⑤まで必ず御記入ください。
- ②ご氏名
- ③所属医師会
- ④勤務先
- ⑤連絡先(電話・FAX)
- ⑥受講票返信先FAX番号(⑤連絡先と異なる場合)

※参加の可否につきましては、通常締切日以降受講票をFAXにて送付し、ご連絡いたします。
受講が決定されました先生方は、当日、受講票を必ずご持参下さいます様お願いいたします。
なお、本研修会は、大阪府医師会生涯研修・指定学校医制度研修会として申請をしていることを申し添えます。

FAX番号 06-6773-9008

送信日 令和 年 月 日

参加申込

令和6年9月21日(土)「学校保健研修会」に参加します。

氏 名 _____

学 校 名 _____ 小・中・高・支

所属医師会名 _____ 医師会

連 絡 先 (必ず連絡の取れる連絡先を御記入ください。)

電 話 _____

受講票送付先FAX _____

*ご質問・ご希望がございましたら下記にご記入ください。

.....
.....
.....
.....

申込受付 令和6年8月19日(月)～令和6年9月10日(火)

(受付日以外でのご送信は受付致しませんのでご注意ください。)

*先着順にて決定させていただきます。ご了承ください。