

事 務 連 絡
令 和 7 年 9 月 4 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2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



教保第 1772-2 号
令和 7 年 8 月 22 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 2 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、大阪府学校医会事務局まで F A X 送信するようお伝えいただきます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@mbbox.pref.osaka.lg.jp

令和 7 年 8 月 6 日

学校医(産業医) 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。

早速ではございますが、(一社)大阪府立高等学校校医会が主催し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(一社)大阪府立高等学校校医会事務局へ FAX 送信お願い致します。

<令 7 年度 第 2 回 学校医(産業医) 講習会>

・日時 令和 7 年 10 月 19 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聴覚障害と最近の話題」
西村耳鼻咽喉科 院長 西村 将人

②「この心電図、放置して大丈夫？
~健診でよく見る心電図異常をどう扱うか~」
八尾徳洲会病院 牧田 敏則

・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 させて頂きます。(令和 7 年 10 月 8 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 9 月 12 日(金)

・申込先 (一社)大阪府立高等学校校医会事務局 FAX (06)6773-9008

- 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をお渡りする事ができません。
 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。

学校医(産業医)講習会 申込FAX 06-6773-9008

学校医先行申し込み締め切り 令和7年9月12日(金)

送信日 年 月 日

【学校産業医】

令和7年度第2回学校医(産業医)講習会(R7.10.19(土)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・早退の場合全単位をお渡しできません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。