令和５年 11 月 21 日

郡市区等医師会長　様

大阪府医師会長
高　井　康　之
（公印省略）

日本医師会主催「第 29 回日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修会」座学受講（サテライト会場）のご案内について

平素は本会事業に格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、先般、日医主催「第29回日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修会」のＷＥＢ研修による受講申込についてご案内いたしました。

大阪府医師会では、同じリアルタイムになりますが、府医会館をサテライト会場に座学で受講いただけるように実施いたします。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知賜りますとともに、貴会会員へご周知くださいますようお願いいたします。**周知の際は必ず別紙１・別紙２を添付ください。**

記

日　　　時：令和６年１月 21 日（日）10：00～16：10（12：10～13：00 昼休憩）
受 講 資 格：日本医師会認定健康スポーツ医など
プログラム：別紙１をご確認ください。
注 意 事 項：**コロナ禍の特例の終了について**
本再研修会はコロナ禍の特例の期間に間に合わないことにご留意ください。
コロナ禍の特例（認定証に記載された有効期限が令和２年２月以降の場合、単位の取得が有効期限後であっても、有効期間内に取得したものとみなす）については、令和５年 12 月末をもって終了します。
日本医師会認定健康スポーツ医 更新の特例措置（新型コロナウイルスの感染拡大に伴う取扱い）の終了について
http://nintei.med.or.jp/sportsdoctor/information/20220920_tokureishuuroyu/

大阪府医師会館での来場受講（定員は 200 人）

申込方法：別紙２の「来場受講用申込書」に必要事項をご記入の上、大阪府医師会地域医療２課あてにＦＡＸ(06-6765-3737)にてお申込みください。
申込締切日　令和６年１月 12 日（金）
受 講 料：3,000 円（税込）※当日現金支払い
受講料に昼食弁当代を含みます（当日は昼食弁当を用意します）
修 了 証：研修終了後に受付にて手渡し（受講票と引き換え）

＊＊日本医師会のＷＥＢ研修システムによるオンライン受講申込後の変更について＊＊

期日までにご自身で「ＷＥＢ研修システム」からキャンセルを行う必要がございます。(大阪府医師会ではキャンセル処理を承ることができません。ご了承ください)。

キャンセル日時：令和６年１月 14 日(日)23：59 まで

＜事務局＞大阪府医師会 地域医療２課（担当：松下）
〒543-8935　大阪市天王寺区上本町 2-1-22
TEL 06-6763-7002 / FAX 06-6765-3737

別紙１

第29回（令和5年度）
日本医師会認定　健康スポーツ医制度再研修会
プログラム（案）

令和6年1月21日（日）－Web開催－

時間	講習内容		
10:00～10:05	開会挨拶：松本　吉郎（日本医師会　会長）		
		「健康スポーツ医学実践ガイド」該当ページ	生涯教育制度 CC・単位
10:05～11:05 (60分)	講演1　女性における運動の在り方と医師の関わり（仮） 能瀬　さやか（ハイパフォーマンススポーツセンター 国立スポーツ科学センター スポーツ医学・研究部　スポーツクリニック）	p.53～56	CC0 1単位
休　憩（5分）			
11:10～12:10 (60分)	講演2　膝関節障害（仮） 石橋　恭之（弘前大学大学院医学研究科整形外科学講座　教授）	p.103～108	CC61 1単位
昼休み（50分）			
13:00～14:00 (60分)	講演3　運動を健康維持・増進に役立てるために（仮） 長阪　裕子（筑波大学スマートウェルネスシティ政策開発研究センター　研究員）	p.151	CC11 1単位
休　憩（5分）			
14:05～15:05 (60分)	講演4　メタボリックシンドローム、肥満症の運動療法（仮） 田村　好史（順天堂大学大学院　教授）	p.66～71	CC23 1単位
休　憩（5分）			
15:10～16:10 (60分)	講演5　健康スポーツ医の活動の実際（仮） 太田　匡彦（鳥取県医師会　理事） 貝原　良太（佐賀県医師会　専務理事） 菅　義行（岩手県医師会　常任理事）	p.186～191	CC12 1単位

※講演タイトルは当日までに変更される場合があります。

別紙２

※大阪府医師会館　来場受講用申込書

◎大阪府医師会 地域医療２課行（<u>ＦＡＸ：０６－６７６５－３７３７</u>）

第29回日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修会

日　時：令和６年１月21日(日) 午前10時～午後４時10分
場　所：大阪府医師会館　２階ホール

①名前（ふりがな）：

② 医 籍 番 号：

③ 認 定 医 番 号：

④所属地区医師会名：

⑤ 医 療 機 関 名：

⑥ 医 療 機 関 住 所 ：〒________________

____

⑦ 電 話 ・ ＦＡＸ：(電話)____________________(FAX)____________________

※１：必要事項をご記入の上、<u>令和６年１月 12 日（金）までに、</u>大阪府医師会地域医療２課まで<u>ＦＡＸ（06－6765－3737）</u>にてお申し込みください。

※２：会場受講申込者多数の場合は抽選。受講不可の場合のみご連絡いたします。

※３：受講料（府医会員・非会員問わず3,000円（税込））は当日受付にてお支払いください（<u>＊現金のみ</u>）。

※４：当日は昼食弁当を用意いたします。

※５：修了証は、講演終了後、受付にて直接お渡しいたします（受講票と引き換え）。

※６：当日は、体温チェックのうえマスク着用をお願いします。発熱や軽度であっても呼吸器症状（咳・咽頭痛）などがある場合、来場をお控え願います。

事務局：大阪府医師会地域医療２課（☏06－6763－7002）