

令和 7 年 1 月 28 日

大阪府内医師会長 殿

大阪府医師会
会長 加納 康至
(公印省略)

大阪府医師会主催「令和 6 年度環境保健・健康づくり研修会」の開催について（ご案内）

日頃より、本会会務の運営にご支援、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本会では、大阪府民の医療・保健・福祉の充実を期し、「環境保健・健康づくり推進委員会」を設置して環境保健・健康づくりに関する課題について検討しています。その取組みの一環として、標記研修会を下記および別添開催要領のとおり開催します。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただくとともに、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本研修会の開催案内につきましては、府医ニュース 1 月 15 日号にも掲載予定でありますことを申し添えます。

記

日 時 令和 7 年 2 月 14 日（金）午後 2 時～ 4 時
会 場 大阪府医師会館 2 階ホール・オンライン（Zoom ウェビナー）併用
受講対象 会員医師、会員医療機関の医療従事者など
内 容
【講演 1】「フレイルの予防と実践～よく食べ・よく動く～」
大阪府医師会「環境保健・健康づくり推進委員会」委員
医療法人藤井会 深江クリニック 院長 中村 敏子
【講演 2】「食と暮らしの未来」
味の素株式会社 執行理事
コーポレート本部サステナビリティ推進部 部長 小野 郁
(敬称略)
申込締切 令和 7 年 2 月 10 日（月）※受講票の発行、事前送付は行いません。
取得単位 大阪府医師会生涯研修システム登録研修 2.0 単位（CC:11）
大阪府医師会指定学校医制度登録研修 1 単位

申込方法

①会場受講の場合

別紙「受講申込書」をご記入の上、下記の事務局担当者までメール、FAX などでお申し込みください。

※別紙「受講申込書」は、本会ホームページ「文書ライブラリ（ID 検索：1799）」にも掲載しています。

②オンライン受講の場合

下記 URL または右記 QR コードからお申し込みください。

＜ウェビナー登録用 URL＞

<https://us02web.zoom.us/j/83282045508?pwd=pJoa3GpKNjphammzL1hMjEeqRvqW7a.1>

※メールアドレス等の登録項目は正しくご入力ください。



【担当事務局】

大阪府医師会地域医療 1 課（担当：奥平）

TEL: 06-6763-7012 FAX: 06-6766-2875

E-mail: t-okuhira@po.osaka.med.or.jp

令和6年度 環境保健・健康づくり研修会

開催要領

- (日 時) 令和7年2月14日(金) 午後2時00分～4時00分
(会 場) 大阪府医師会館2階ホール・オンライン (Zoom ウェビナー)
(対 象) 会員医師、会員医療機関の医療従事者など
(次 第)

1. 開会

挨拶: 大阪府医師会 理事 細井 雅之

2. 講演

座長: 大阪府医師会「環境保健・健康づくり推進委員会」委員長
医療法人健心会 藤本内科 院長 藤本 良知

講演1 「フレイルの予防と実践～よく食べ・よく動く～」
講師: 大阪府医師会「環境保健・健康づくり推進委員会」委員
医療法人藤井会 深江クリニック 院長 中村 敏子

講演2 「食と暮らしの未来」
講師: 味の素株式会社 執行理事
コーポレート本部 サステナビリティ推進部 部長 小野 郁

3. 閉会

(敬称略)

- (定 員) 会場受講 100 名、WEB 受講 500 名
(取得単位) 大阪府医師会生涯研修システム登録研修 2.0 単位 (CC:11)
大阪府医師会指定学校医制度登録研修 1 単位
(受講料) 無料
(申込方法) 下記の方法により、令和7年2月10日(月)までにお申込みください。

【会場受講の場合】

別紙「受講申込書」をご記入の上、大阪府医師会地域医療1課までお申し込みください。
※別紙「受講申込書」は、本会ホームページ「文書ライブラリ (ID 検索: 1799)」にも掲載。

【オンライン受講の場合】

下記 URL または右の QR コードからご登録ください。

《Zoom ウェビナー登録用 URL》

<https://us02web.zoom.us/j/83282045508?pwd=pJoa3GpKNjphammzL1hMjEeqRvqW7a.1>

※メールアドレス等の登録項目は正しくご入力ください。



OSAKA Medical association
大阪府医師会

令和 6 年度 環境保健・健康づくり研修会 受 講 申 込 書

開催日時 令和 7 年 2 月 14 日 (金) 午後 2 時～ 4 時
会 場 大阪府医師会館 2 階ホール

1. 氏 名 (ふりがな)

2. 職 種

医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 事務職員 ・ その他 ()

3. ご所属の郡市区等医師会名 ※医師の方のみ

4. 医籍登録番号 ※医師の方のみ

5. ご所属の医療機関・施設名

6. 電話番号

申込締切 : 令和 7 年 2 月 10 日 (月)

※受講票の発行、事前送付は行いません。当日は直接会場までお越しください。

【担当事務局】

大阪府医師会地域医療 1 課 (担当 : 奥平)
TEL : 06-6763-7012 FAX : 06-6766-2875
E-mail : t-okuhira@po.osaka.med.or.jp