令和４年 12 月１日

郡市区等医師会　　御中

一般社団法人大阪府医師会
（ 公 印 省 略 ）

「令和４年度緩和医療に関する研修会（シリーズ⑬）」の開催について

平素より本会事業の推進にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
本会では、在宅医療における緩和医療体制の構築を目指して、平成 26 年度より研修会を開催しており、今般、そのシリーズとして第 13 回目を下記および別添「開催要領」のとおり開催いたします。受講対象は、緩和医療にご関心のある会員医師のみならず、広く医療関係者も対象としており、多くの方々にご参加いただきたく存じます。
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を賜りますようお願い申し上げます。
なお、本研修会の開催につきましては、府医ニュース 12 月７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５年１月 14 日（土）　午後２時～４時
会　　場：大阪府医師会館２階ホール・WEB 会議システムのハイブリッド形式
受講対象：緩和医療に関心のある医師・看護師・薬剤師・事務職員等の医療従事者
内　　容：
【演題１】「在宅診療におけるがん疼痛治療に関する最新の知識」
淀川キリスト教病院 緩和医療内科主任部長　　池 永 昌 之
【演題２】「かかりつけ医としての ACP の取組み」
原クリニック 院長　　原　　聡
申込締切：令和５年１月 10 日（火）
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、大阪府医師会地域医療１課までＦＡＸ（06-6766-2875）にてお申し込みください。
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://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_7PX6VJqDRB2TlnIt3zciWA

【担当事務局】
大阪府医師会地域医療１課（小澤・奥平）
TEL: 06-6763-7012　FAX: 06-6766-2875

令和４年度 緩和医療に関する研修会（シリーズ⑬）

開　催　要　領

- **主　　催**　大阪府医師会（大阪府地域医療介護総合確保基金緩和ケア人材養成事業）
- **日　　時**　令和５年１月１４日（土）午後２時～４時
- **会　　場**　大阪府医師会館２階ホール及び WEB 会議（Zoom ウェビナー）併催
- **対　　象**　医師・看護師・薬剤師・事務職員等の医療従事者
- **次　　第**

１．開　会

挨　拶：　大阪府医師会 副会長　　中 尾　正 俊

２．講　演

座　長：　大阪府医師会 理事　　大 平　真 司

（講演１）　「在宅診療におけるがん疼痛治療に関する最新の知識」

講　師：　淀川キリスト教病院 緩和医療内科主任部長　　池 永　昌 之

（講演２）　「かかりつけ医としての ACP の取組み」

講　師：　原クリニック 院長　　原　　聡

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単位）
- **受 講 料**　無料
- **申込方法**　下記の方法により、**１月１０日（火）まで**にお申し込みください。

【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 FAX（06-6766-2875）にてお申し込みください。

【WEB 受講の場合】

下記 URL または右の QR コードからお申込みください。

≪WEB 受講申込用 URL≫

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_7PX6VJqDRB2TlnIt3zciWA

※氏名等の登録項目は正しくご入力ください。
受講確認できない場合、正しく単位付与を行えないことがあります。

なお、新型コロナウイルス感染症の状況により、開催方法を変更する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

大阪府医師会地域医療１課　行　（FAX：06-6766-2875）

会場受講用

令和４年度緩和医療に関する研修会（シリーズ⑬）
受 講 申 込 書

開催日時　　令和５年１月１４日（土）午後２時～４時
会　　場　　大阪府医師会館　２階ホール

１．氏（ふり）　名（がな）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職　種（　医師　　看護師　　薬剤師　　事務職員　　その他（　　））

２．医籍登録番号（医師の方のみ）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．所属郡市区等医師会名（医師の方のみ）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．所属機関名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．所　　在　　地

〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．電　話　番　号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７．ＦＡＸ番号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込締切：令和５年１月１０日（火）

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