

令和3年10月7日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会  
会長 茂松 茂人  
(公印省略)

「令和3年度障害者総合支援制度と医師意見書に関する説明会」  
の開催について(ご案内)

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本会では、別紙のとおり、今年度も大阪府からの受託事業の一環として「障害者総合支援制度と医師意見書に関する説明会」を開催いたします。

また、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を鑑み、オンラインとの併用で開催させていただきたく存じます。

お申込みにつきまして、Web 受講をご希望の方は、Web 上で直接お申し込みをいただき、ご来館でご受講をご希望の方は、受講申込書へ必要事項をご記入の上、FAX (06-6765-3737) にて本会地域医療 2 課宛にご送付いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

締め切りは、11月5日(金)とさせていただきますたく存じます。

つきましては、公務ご多用のところ誠に恐縮ではございますが、標記について貴会員方に、是非ご参加いただきたく存じますので、ご周知方ご高配賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

<担当事務局>

大阪府医師会 地域医療 2 課 (竹村)

〒543-8935 大阪市天王寺区上本町 2-1-22

TEL : 06-6763-7002 / FAX : 06-6765-3737

# 令和3年度 障害者総合支援制度と医師意見書に関する説明会

1. 日 時：令和3年11月11日(木)午後2時～4時

2. 場 所：(現地参加) 大阪府医師会館 2階ホール

(オンライン参加) 下記URLもしくはQRコードのページより申込ください。

3. 対 象：医師、医療従事者等

4. 定 員：110名

※新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、通常より定員を少なくしています。申込者多数の場合は抽選となり、抽選に漏れた方には、ご参加いただけない旨をご連絡いたします。

※当日は体温チェックの上、手指衛生およびマスクの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。

5. 位置付け：(1)大阪府主治医意見書作成研修事業

(2)大阪府医師会生涯研修システム登録研修会:2.0 単位

※カリキュラムコード(6.6.9.9)各 0.5 単位

6. 主 催：大阪府、大阪府医師会

7. 内 容：

挨 拶：大阪府医師会 副会長

中尾 正俊

司会・座長：中村医院院長／大阪精神科診療所協会理事／

府医介護・高齢者福祉委員会委員

中村 芳昭

(1)説 明「障がい者制度と最近の動向について」

大阪府福祉部障がい福祉室 障がい福祉企画課  
制度推進グループ 石橋 功太郎

(2)講 演「医師意見書記入のためのポイント」

李クリニック院長／大阪精神科診療所協会副会長／

府医介護・高齢者福祉委員会委員

李 利彦

<Webによる研修会(Zoom)受講方法について>

① 下記 URL または QR コードよりお申込下さい。

[https://zoom.us/webinar/register/WN\\_Zqd0p8G8Q1mhdwR-tEgAdg](https://zoom.us/webinar/register/WN_Zqd0p8G8Q1mhdwR-tEgAdg)

② 申込み直後にメールが届きますのでご確認下さい。

研修会当日参加ページの URL が、メール文面中段に掲載されています。

※メールが届かない場合は、恐れ入りますが、[a-takemura@po.osaka.med.or.jp](mailto:a-takemura@po.osaka.med.or.jp)

(担当:竹村)までご連絡下さい。

QR コード



③ 当日参加方法

開催1日前に案内メールが届きます。

当日参加ページの URL が掲載されていますので、そちらをクリックしてご参加下さい。

④ 研修会資料について

現在調整中(開催1日前の案内メールでも、資料掲載先 URL をお知らせする予定です)。

※講師の都合により、掲載できない場合もございますので、ご了承下さい。

「障害者総合支援制度と医師意見書に関する説明会」

受講申込書【府医会館での受講用】

日時：令和3年11月11日（木）午後2時～4時

場所：大阪府医師会館2階ホール

※当日は、体温チェックのうえマスク着用をお願いします。発熱や軽度ではあっても咳・咽頭痛などがある方は参加を控えてください。

(ふりがな)

1. 氏 名

2. 所属機関名

職種について該当するものに✓してください

医師 その他医療福祉従事者 その他

(具体的に \_\_\_\_\_ )

3. 所属地区医師会（医師の場合のみ）

医籍登録番号

4. 連絡先住所

〒 \_\_\_\_\_

5. 電話・FAX番号

電 話： ( \_\_\_\_\_ )

F A X： ( \_\_\_\_\_ )

上記必要事項をご記入の上、大阪府医師会地域医療2課あてにお申し込みください。11月5日（金）締め切り。

なお、参加証などの発送はありませんので当日は会場に直接お越しください。