

令和6年7月23日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長
中尾正俊
(公印省略)

令和6年度 ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及研修
の開催について (ご案内)

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本会では大阪府から「ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及事業」を受託し、その一環として標記研修を開催いたします。

ギャンブル等依存症の早期発見・早期治療のためには、精神科医療機関だけでなく、地域のかかりつけ医等においても、簡易介入や情報提供等を実施できる仕組み作りが必要であることから、少しでも多くの先生方にご参加いただきたく存じます。

つきましては、公務ご多端のところ誠に恐縮でございますが、会員医療機関へご周知賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます (本研修のご案内は、府医ニュース8月7日号にも掲載予定です)。

なお、標記研修は会場受講に加え、Webでもご受講いただけます。会場受講を希望される場合は、別紙申込書に必要事項を記入の上、本会地域医療2課宛にFAX (06-6765-3737) をお送りいただきますよう、お願い申し上げます。

Web受講を希望される場合は、下記URLまたはQRコードよりお申し込み願います。

記

日 時：令和6年9月4日(水)午後2時30分～4時30分

会 場：【会場受講】大阪府医師会館 2階ホール

【Web受講】下記URLまたはQRコードよりお申し込み

申込締切：会場受講およびWeb受講ともに8月23日(金)まで

<申込URL>

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_ICkdqLSCSFGRPmiK2qi_5w

<申込QRコード>



<事務局> 大阪府医師会 地域医療2課 (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

令和6年度 ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及研修

1. 日 時：令和6年9月4日（水）午後2時30分～4時30分
2. 場 所：大阪府医師会館 2階ホール（※W e b受講併用）
3. 対 象：医師・その他保健医療職種の関係者
4. 会場定員：200名
5. 位置付け：
（1）大阪府・大阪市共同事業 ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及事業
（2）大阪府医師会生涯研修システム登録研修会（2単位）
6. 主 催：大阪府医師会、大阪府、大阪市

《 次 第 》

挨拶・座 長： 大阪府医師会 副会長 阪本 栄

研 修：

- （1）ギャンブル等依存症の基礎知識 （60分/CC82）
関西医科大学総合医療センター 精神神経科 講師 池田 俊一郎
- （2）ギャンブル等依存症簡易介入マニュアルの活用 （30分/CC84）
とじまクリニック 院長 戸島 覚
- （3）ギャンブル等依存症の回復施設・自助グループの紹介 （30分/CC84）

<W e bによる研修会（Z o o m）受講方法について>

- ①下記URLまたはQRコードよりお申し込みください。
※同一のメールアドレスを使って複数人が申し込むことはできません。

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_ICkdqLSCSFGRPmiK2qi_5w



- ②お申し込みの直後にメールが届きますのでご確認ください。
研修会当日の参加ページのURLが、メール文面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、n-matsushita@po.osaka.med.or.jp
（担当：松下）までご連絡ください。
- ③当日の参加方法
開催1日前に案内メールが届きます。当日の参加ページのURLが掲載されていますので、URLをクリックしてご参加ください。
※インターネット回線が混み合う可能性があるため、研修会の開始（午後2時30分）までに余裕をもってご参加ください。
- ④研修会の資料について
開催1日前の案内メールにて、ダウンロード用のURLを掲載する予定です。
※講師の都合により掲載できない場合もございます。ご了承ください。
- ⑤受講確認について
当日のW e b入退時刻により、受講確認を行います。

府医会館での受講用

大阪府医師会 地域医療2課行 (FAX: 06-6765-3737)

「令和6年度 ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及研修」

受講申込書【大阪府医師会館での受講用】

日時：令和6年9月4日(水) 午後2時30分～4時30分

場所：大阪府医師会館 2階ホール

①医療機関名： _____

②医療機関所在地： 〒 _____

フリガナ

③名前： _____

④生年月日：(和暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

⑤医籍登録番号：

--	--	--	--	--	--	--

⑥所属地区医師会： _____

⑦連絡先TEL： _____

⑧連絡先FAX： _____

※必要事項をご記入の上、8月23日(金)までに、大阪府医師会地域医療2課までFAX(06-6765-3737)にてお申込みください。

※受講票などの発送はありません。当日は直接会場にお越しください。