

事 務 連 絡
令 和 8 年 2 月 5 日

松原市医師会 様

松原市教育委員会事務局
教育推進課長 長尾 彰太郎

令和7年度 第4回学校医・(産業医)講習会について(案内)

標記について、別添(写)のとおり、大阪府学校医会及び一般社団法人 大阪府立
高等学校校医会会長から依頼がありました。

つきましては、貴属の学校園医様に周知願うとともに、参加希望の場合は、学校医
自身が、別紙「申込み用紙」に必要事項を記入の上、大阪府学校医会事務局まで FAX
送信するようお願いいたします。

担当：松原市教育委員会 学校教育部
教育推進課 天野 順子
〒580-8501 松原市阿保1丁目1番1号
Tel 072-334-1550 (内線 2583)
Fax 072-332-7720
E-mail suisin@matsubara.e-kokoro.ed.jp



令和8年 1月 9日

大阪府教育庁教育振興室
保健体育課 課長 様

(一社)大阪府立高等学校校医会
会長 松木 智子

令和7年度第4回 学校医・産業医講習会開催について(依頼)

平素より児童生徒・教職員の健康管理にご協力、ご理解いただきありがとうございます。

下記のとおり標記講習会を開催しますので、貴所管学校及び政令市を除く市町村立学の学校医(産業医)に対して、別添の学校医・産業医講習会案内について周知いただきますようお願い致します。

なお、参加を希望する学校医・産業医が直接、別添「参加申込書」により申し込むことを申し添えます。

記

場 所： 大阪教育会館 たかつガーデン (06)6768-3911

日 時： 令和8年3月15日(日) 13:30~16:40

予定人数： 200名

内 容： ①「健診受診者への対応」

労働衛生コンサルタント 中谷 利夫

②「産業医がメンタル不調の従業員に対応する際の対応～法的観点から～」

梅田総合法律事務所 弁護士 石原 真弓

参加費： 5,000円 3単位(更新1.5・専門1.5)

申し込み締め切り： 令和8年2月13日(金)

お申し込みは期日までをお願いいたします。

<問い合わせ先>

大阪府学校保健会学校医部会事務局 担当 出海
〒542-0062

大阪府中央区上本町 3-1-7

大阪府医師協同組合南館 5階

TEL 06-6763-0951 (月・水・金)

06-6773-9008

令和 8 年 1 月

各 位

(一社)大阪府立高等学校校医会

会 長 松木 智子

学校医(産業医)講習会開催について(ご案内)

平素から学校保健活動に御理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
早速ではございますが、下記の通り日本医師会認定産業医制度(申請済)における講習会を開催致します。

ご参加ご希望の方は別紙申込用紙にご記入頂き学校医会事務局へ FAX 送信お願い致します。

<令 7 年度 第 4 回 学校医・産業医 講習会>

・日時 令和 7 年 3 月 15 日 (日) 13:30~16:40

・場所 大阪府教育会館 たかつガーデン TEL (06)6768-3911

・内容 ①「健診受診者への対応」

労働衛生コンサルタント 中谷 利夫

②「産業医がメンタル不調の従業員に対応する際の対応～法的観点から～」

梅田総合法律事務所 弁護士 石原 真弓

・単位 更新・専門 3 単位 (1.5・1.5)

・予定募集人数 200 名 (先着順)

・受講料 5,000 円 *当日受付にて申し受けます。

混雑緩和のためおつりのないようご協力お願い致します。

・申し込み方法

* 別紙申し込み用紙にご記入の上、下記学校医会事務局へ FAX 送信して下さい。

* 申し込み締め切り後受講票を FAX いたします。(令和 8 年 3 月 2 日頃から順次予定)

* 申し込み時にご記入頂く受講票送付先 FAX 番号は必ずお届けできる番号をご記入
頂きます様ご注意ください。

・申し込み締め切り 令和 8 年 2 月 13 日(金)

・申込先 学校医会事務局 FAX (06)6773-9008

注意事項 1. 必ず日本医師会 MAMIS へのご登録をお願い致します

2. 遅刻、早退をされますと全単位付与対象外となります。

3. 府医ニュース・HP にも案内しますので重複申し込みにはご注意ください。

問い合わせ先 (一社)大阪府立高等学校校医会 TEL 06-6763-0951 (月水金 10時~16時)

学校医(産業医)講習会 申込FAX 06-6773-9008

締め切り 令和8年2月13日(金)

送信日 年 月 日

【学校医・産業医】

令和7年度第4回学校医(産業医)講習会 R8.3.15(日)13:30~16:40に参加します。

医籍登録番号	
氏名	
フリガナ	
勤務先園・学校	複数校の場合は1校のみご記入ください。
所属医師会	
所属医療機関名	
認定産業医番号	単位不要の場合は必ず右下口に✓してください。 <input type="checkbox"/>
受講票送付先 FAX番号	必ずお手元に届く番号をお間違えの無いようご記入ください。
連絡先電話番号	

* 注意事項

- ・ 遅刻・早退の場合全単位付与対象外となりますので時間厳守でお願い致します。
- ・ 受付緩和のため受講料はおつりの無いようにご準備ください。