

令和 5年 11月 10日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長
高井康之
(公印省略)

令和5年度 産業医生涯(実地)・基礎(実地)研修会の開催について
(ご案内とお願い)

平素は本会の諸事業に対しまして、格別のご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会では、標記研修会を別記「開催要領」のとおり令和5年12月16日(土)に開催いたします。
つきましては、貴会会員にご案内くださいますようよろしくお願い申し上げます。

本研修会については、府医HP (<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/industrial-physician.html>)でも案内予定でありますことを、申し添えます。

※事務局：大阪府医師会 地域医療1課 (TEL 06-6763-7012・FAX 06-6766-2875)

令和5年度 産業医生涯(実地)・基礎(実地)研修会実施要領

1. 日 程：令和5年12月16日(土)
2. 場 所：大阪府医師会館
3. 主 催：大阪府医師会
4. 受講資格：大阪府医師会員
5. 演題・講師 (敬称略)

演題：「復職の可否に関する事例検討」	
時 間	講 師
(A) 14:00~15:00	豊川産業医事務所 所長 豊川 彰博
(B) 14:30~15:30	萩原労働衛生コンサルタント事務所 代表 萩原 聡
(C) 15:30~16:30	豊川産業医事務所 所長 豊川 彰博
(D) 16:00~17:00	萩原労働衛生コンサルタント事務所 代表 萩原 聡
(E) 17:00~18:00	豊川産業医事務所 所長 豊川 彰博
(F) 17:30~18:30	萩原労働衛生コンサルタント事務所 代表 萩原 聡

6. カリキュラム：生涯(実地)研修 1. 0単位
基礎(実地)研修 1. 0単位

7. 単 位 数：日医認定産業医制度指定研修会 1単位
※ 日医生涯教育制度に基づく研修指定(1単位)
大阪府医師会指定学校医制度(1単位)申請予定

8. 受講予定人数：240名(各回40名)
(締め切り時点で大阪府医師会員の方限定。1講演のみ受講可能。
申込者多数の場合は抽選。ただし、生涯研修希望者は、令和6年12月までの有効期限の方を優先。

9. 受 講 料：3,000円

10. 問い合わせ先：大阪府医師会地域医療1課(TEL06-6763-7012)

～申込みにあたっての注意事項～

1. 大阪府医師会員限定の研修会となります。
2. 申込みには、必ず別紙申込用紙をご利用下さい。大阪府医師会地域医療1課まで郵送（〒543-8935〔住所不要〕）、もしくはFAX（06-6766-2875）にてお申込みください。
3. 申込み締め切りは 11月24日(金)(必着)です。
4. 申込者多数の場合は抽選。ただし、生涯研修希望者は、令和6年12月までの有効期限の方を優先。
5. 締め切り後、受講の可否等について郵送にてご案内いたします。
6. 新型コロナウイルス感染症の状況により、中止とさせていただく場合がございます。中止の場合は、大阪府医師会ホームページにてご案内いたします。
7. 詳細は、大阪府医師会地域医療1課（TEL06-6763-7012）まで。

〈大阪府医師会ホームページ〉

<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/industrial-physician.html>

大阪府医師会 地域医療1課 (FAX 06-6766-2875) 行

11月24日(金)締め切り(必着) ※大阪府医師会員(締め切り時点)限定の研修会です。

産業医生涯(実地)・基礎(実地)研修会

日程： 令和5年12月16日(土)

場所： 大阪府医師会館

1. 受講希望の単位種別 ※ () に○をつけて下さい

() 生涯 ・ () 基礎

2. 受講希望日時

受講希望の時間帯 1つに○ を付けて下さい。

14:00~15:00 Aグループ		14:30~15:30 Bグループ		15:30~16:30 Cグループ	
16:00~17:00 Dグループ		17:00~18:00 Eグループ		17:30~18:30 Fグループ	

3. 氏 ふ り が な 名

4. 所属医療機関名

5. 送付先 (所属医療機関 自宅 (← チェックしてください))

〒

6. TEL : _____ () _____ FAX : _____ () _____

7. 所属地区医師会名

8. 認定産業医番号(7ケタ)
※認定産業医のみ

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

9. 医籍登録番号 (6ケタ)

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

10. 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※認定産業医のみ

11. 取得済単位数 (申込み時点) _____ 単 位

〈申込先〉大阪府医師会地域医療1課 〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2-1-22

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