

令和 5 年 12 月 19 日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会
会長 高井 康之
(公印省略)

「令和 5 年度かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」
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「かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」を Web との併用で開催いたします。

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、府医会館での受講をご希望の方は、別紙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、1 月 26 日 (金) とさせていただきます。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 (竹島)

〒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5年度 かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修

1. 日 時 : 令和6年2月4日(日) 午後2時~4時
2. 場 所 : (現 地 参 加) 大阪府医師会館 4階大会議室
(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 : 100 名
5. 位置付け : (1)大阪府かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修事業
(2)大阪府医師会生涯研修システム登録研修会:2.0 単位
(3)日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修:1.0 単位
6. 主 催 : 大阪府、大阪府医師会
7. 修了証書の交付 :
研修修了者には後日、大阪府知事より「かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修修了証書」が発行され、受講申込書に記載の医療機関へ送付。
8. 内 容 :
 挨拶 : 大阪府医師会 副会長 中尾 正俊
 司会・座長 : 大阪府医師会 理事 前川たかし
(1)説 明 「府の発達障がい児者支援施策
 ~発達障がい児者支援における医療と福祉の連携を中心に~」(CC:13 0.5 単位)
 大阪府福祉部障がい福祉室 地域生活支援課
 発達障がい児者支援グループ 参事 筒浦 康正
(2)講 演 「発達障がい診療の勘どころ;ゲームへの対応も含めて」(CC:72 1.5 単位)
 淀川キリスト教病院 統括副院長 鍋谷まこと

<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://us02web.zoom.us/j/88555761242?pwd=VThDdEVtSXdXZWg4bzdiMzllUDM0UT09>

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、

m-takeshima@po.osaka.med.or.jp(担当:竹島)までご連絡下さい。

申込 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日前の案内メールにて、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。

「令和5年度かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」
受講申込書

日時:令和6年2月4日(日)午後2時～4時
場所:大阪府医師会館4階大会議室

- ◆参加証の事前郵送はございませんので、当日は直接お越しください。
- ◆修了証書は後日郵送させていただきます。
- ◆下記項目をご記入の上、大阪府医師会地域医療2課宛てにお申し込みください。

【1月26日(金)締め切り】

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☑をご記入ください。

医師

医師以外（具体的に _____ ）

③所属地区医師会(医師の場合のみ)

医 師 会

医籍登録番号

□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---

④連絡先住所 ※修了証書のお送り先住所をご記入ください

（ 自宅 ・ 医療機関 ・ その他 ） *○をつけてください。

〒 _____

⑤TEL・FAX番号

TEL: (_____)

FAX: (_____)