鹿県医発第5号 令和6年4月5日 (地域保健課扱い)

九州各県医師会長 殿



日医認定産業医基礎(前期)研修会の開催について(案内)

時下 益々ご清栄のことと存じます。

さて、標記研修会を下記日程で開催することになりました。

つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、産業医未取得の貴会会員への周 知方について、貴職のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

なお、受講を希望される場合には、別添申込様式に必要事項をご記入の上、令和6年5月31日(金)(必着)までに本会地域保健課宛てにFAXにてお申込みください。

記

開催日時:令和6年7月14日(日)9時00分~19時10分(予定)

令和6年7月15日(月·祝)9時00分~15時00分

会 場: 鹿児島県医師会館 3階中ホール (鹿児島市中央町8-1)

プログラム:別紙のとおり

対象者:原則2日間受講可能な日医認定産業医の未認定医で、基礎

≪前期≫研修 14 単位を修得されていない医師

※認定医のための更新単位には該当しません

受 講 料:30,000 円/2日(鹿児島県医師会会員外)

※2日間のテキスト代・昼食代を含む

※受講料を指定口座へお振込みいただきます。(受講決定通

知書送付時に振込先をお知らせします。)

取得単位:7月14日(日) 基礎(前期)研修9単位

7月15日(月・祝)基礎(前期)研修5単位

〒890-0053 鹿児島市中央町8-1

鹿児島県医師会 地域保健課 青木・石塚

TEL: 099 (254) 8121 FAX: 099 (254) 8129

E-mail: isichiho@kagoshima.med.or.jp

## 日医認定産業医基礎(前期)研修会

期 日: 令和6年7月14日(日) 9:00~19:10

7月15日(月・祝) 9:00~15:00

会 場: 鹿児島県医師会館 3階中ホール1

対象者:日医認定産業医の未認定医で、基礎(前期)研修

14 単位を修得されていない医師

受 講 料:30,000円/2日(鹿児島県医師会会員外)

※2日間のテキスト代・昼食代を含む

## 【7月14日(日)】

| 時間          | 内容     | 講師  | 単位 |
|-------------|--------|---|----|
| 9:00~11:00  | 総論     | 鹿児島産業保健総合支援センター<br>所長 草野 健                              | 2  |
| 11:00~12:00 | 健康保持増進 | 鹿児島県民総合保健センター<br>所長 桶谷 薫                                | 1  |
| 12:00~13:00 |        | 昼食・休憩   |    |
| 13:00~15:00 | 健康管理   | ヘルスサポートセンター鹿児島 所長 小田原 努                                 | 2  |
| 15:00~17:00 | 作業環境管理 | <ul><li>(株)鹿児島環境測定分析センター</li><li>代表取締役社長 東 正樹</li></ul> | 2  |
| 17:00~17:10 |        | 休憩  |    |
| 17:10~19:10 | 有害業務管理 | 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科<br>衛生学·健康増進医学 教授 堀内 正久                 | 2  |

## 【7月15日(月・祝)】

| 時間          | 内容        | 講師                         | 単位 |
|-------------|-----------|----------------------------|----|
| 9:00~11:00  | 作業管理      | ヘルスサポートセンター鹿児島 富宿 明子       | 2  |
| 11:00~12:00 | メンタルヘルス対策 | 医療法人玉水会 玉水会病院 心療内科 長友 医継   | 1  |
| 12:00~13:00 | 昼食・休憩     |                            |    |
| 13:00~15:00 | 産業医活動の実際  | 鹿児島産業保健総合支援センター<br>所長 草野 健 | 2  |

<sup>※</sup>すべての研修において部分的な受講は認めておらず、遅刻、途中退出 された場合は単位をお渡しできませんのでご留意ください。

鹿児島県医師会 地域保健課 行 FAX:099-254-8129

## 日医認定産業医基礎(前期)研修会 【申込用紙】

| ふりがな          |  |
|---------------|--|
| 参加者氏名         |  |
| 医療機関名         |  |
| 受講決定通知書 郵 送 先 | 〒 ( ) − ( )                                  |
| 連絡先           | (携帯電話番号)                                     |
| 産業医研修手帳       | 持っている ( )<br>持っていない ( )<br>※該当する方に〇印を付してください |

※5月31日(金)までにお申し込みください。