

令和7年2月18日  
(地域保健課扱い)

九州各県医師会長 殿

鹿児島県医師会  
会長 牧角 寛郎  
(公印省略)

令和7年度鹿児島県医師会母体保護法指定医師研修会の開催について (ご案内)

時下 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では、標記研修会を下記日程で開催することとなりましたので、九州各県における母体保護法指定医師研修会の相互受講を認める確約書に基づき、別添のとおりご案内いたします。

つきましては、ご多用中恐れ入りますが、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、開催方法は、会場とオンライン (ZOOM ウェビナー) のハイブリッド開催となりますことを申し添えます。

#### 記

日 時 : 令和7年4月12日 (土) 17時~20時

開催方法 : 鹿児島県医師会館 3階中ホール1 (鹿児島市中央町8番地1)

Zoomを用いたオンライン形式との併用開催

会 費 : 九州各県医師会員 (無料) / 非会員 (1万円)

※申込確認後、請求書をお送りいたしますので、4月4日 (金) までに  
お振込みください。振込手数料は各自ご負担願います。

※会場参加者は研修会当日受付にて、WEB参加者は研修会終了後のアンケート  
に記載いただいた住所宛てに受講証明書を送付いたします。

申込方法 : 会場参加 別紙により FAX にてお申込み下さい。

WEB参加 下記 URL または二次元コードにより事前登録下さい。

【Zoom ウェビナー事前登録】

[https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN\\_zJSISd-VSVK1vwpU8LWXOA](https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_zJSISd-VSVK1vwpU8LWXOA)

内 容 : 別紙のとおり

単位 (申請中) : 日本産婦人科医会単位、日本産婦人科学会単位 (10点)、  
産婦人科領域講習、日医認定生涯教育講座



事前登録二次元コード

〒890-0053 鹿児島市中央町8-1  
鹿児島県医師会 地域保健課 : 石塚、植村  
TEL : 099-254-8121  
FAX : 099-254-8129  
E-mail : isichiho@kagoshima.med.or.jp

# 令和7年度鹿児島県医師会 母体保護法指定医師研修会

本研修会は、新規・更新申請に必要な研修であることから、厳密な出席確認を行います。  
離島等の特別な事情等を除き、原則、会場での参加をお願いいたします。

日 時: 令和7年 **4月12日(土) 17:00~20:00**

場 所: 鹿児島県医師会館 3階中ホール1(鹿児島市中央町8番地1)

開催方法: Zoom を用いたオンライン形式との併用開催

参加費: 九州各県医師会員 無料 / 非会員 1万円

申込確認後、請求書をお送りいたしますので、4月4日(金)までにお振込みください  
振込手数料は各自ご負担願います。

単位(申請中): 日本産婦人科医会単位、日本医師会認定生涯教育講座  
日本専門医機構講習単位(産婦人科領域講習単位)

1. 「母体保護法の運用について」 17:00~18:00

2. 「改めて出生前診断を考える」 18:00~19:00

鹿児島大学病院 女性診療センター 産科・婦人科 助教 太崎 友紀子

3. 「産科麻酔と医療安全 麻酔科医の視点から」 19:00~20:00

鹿児島大学病院 麻酔科 助教 鬼塚 一聡

参加方法: 会場参加の場合・下記申込用紙により FAX にてお申込みください

WEB 参加の場合・下記 URL 又は右記二次元コードより事前登録ください

※離島等の特別な事情等を除き、原則、会場でご参加ください



Zoom ウェビナー  
事前登録二次元コード

## ■ Zoom ウェビナー事前登録

[https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN\\_zJSISd-VSVK1vwpU8LW](https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_zJSISd-VSVK1vwpU8LW)

- ・登録完了後、Zoom 参加用の URL が登録されたメールアドレスに自動送信されます。
- ・研修会の配布資料は、開催日前日、開催1時間前に自動配信されるリマインドメールに、ダウンロード可能な URL を掲載いたします。

## ■ 受講確認

- ・合計 30 分以上の遅刻、早退、離席が確認された場合、出席と認めません(オンライン受講の場合は、Zoom 接続時間等で確認します)。
- ・オンライン受講者は、研修途中に複数回提示するキーワードを研修会終了後のアンケート画面で入力してください(未回答又は正しく入力されていない場合は出席と認めません)。

会場参加者用申込 (申込締切: 4/4) FAX: 099-254-8129 県医地域保健課 行

所属医療機関: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

所属医師会: \_\_\_\_\_ 県医師会