

— 日本医師会生涯教育講座 —

第3回母体保護法指定医師研修会(函館会場)開催のお知らせ

北海道医師会母体保護法指定医師取扱規程および細則の一部改正（平成26年6月15日一部改正、平成26年12月1日施行）により、母体保護法指定医師の指定要件として新たに「母体保護法指定医師研修会」が位置づけられました。

新規および2年毎の更新を申請される際には、本研修会の受講証明書（参加証）の提出が必要となります。また、本研修会では、日本産婦人科医会研修参加証（シール）が交付されますので是非ともご出席くださいますようお願い申し上げます。

1. 日 時 令和6年2月25日（日）10：00～12：20
2. 場 所 函館国際ホテル（函館市大手町5-10 TEL 0138-23-5151）
3. 開催方法 ハイブリッド開催【会場ならびにWeb会議システム「Zoom」によるLIVE配信】
4. 主 催 北海道医師会、北海道産婦人科医会
5. 取得単位 日本産科婦人科学会10単位、日本産婦人科医会研修参加証（シール）、日本専門医機構1単位、日本医師会生涯教育講座2単位[カリキュラムコード3、6、7]
6. 受講証明書 北海道医師会長名の受講証明書（参加証）
7. プログラム（予定）

10：00－10：05	開会挨拶
10：05－10：40	講義「母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの」 講師：湯の川女性クリニック 院長 小葉松 洋子
10：40－11：15	講義「医療安全・救急処置に関するもの」 講師：医療法人徳洲会共愛会病院 産婦人科部長 佐藤 賢一郎
11：15－12：15	講義「生命倫理に関するもの」【専門医共通講習-医療倫理：1単位】 講師：社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院 診療部長 兼 総合周産期センター長 片岡 宙門
12：15－12：20	質疑応答および参加証の配付
12：20	閉会

8. 受講対象 医師
9. 受講料 北海道医師会会員—無料、北海道医師会非会員—11,000円（税込）
10. 受講申込 裏面参照の上、**令和6年1月19日（金）**までにお申込みください。
なお、Web受講ご希望の場合は、以下にご留意ください。
 - ・迷惑メール防止のため受信設定している場合は、「@m.doui.jp」と「no-reply@zoom.us」からのメールを受信できるよう設定をお願いいたします。
 - ・Web受講者には、開催日1週間前を目途にZoom参加招待メールを送信いたします。2月20日（火）までに招待メールが届かない場合には、当会からのメールが届いていない可能性がありますので、必ず、下記13. 問合せ先にお電話にてご連絡ください。
11. 受講定員 会場20名、Web20名程度（定員になり次第締め切らせていただきます。）
12. 受講通知 会場で受講される方への事前通知はいたしません。
（定員を超えた場合のみ、別途ご連絡いたします。）
13. 申込み・問合せ先 〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会 総務課
TEL 011-231-1433 FAX 011-221-5070 E-mail soumu@m.doui.jp
14. その他
 - ・Web受講者につきましては、受講開始・終了の時刻のログの確認を行い、配信後、テスト（1講演につき5問）を実施し、80%以上の正解を得た場合に単位取得が認められます。

<今後の予定>

第4回（札幌市） 令和6年3月20日（水・祝）（予定）

※詳細は、令和6年2月1日発行の北海道医報附録にてご案内いたします。

受講申込の方法 申込締切：令和6年1月19日（金）

(1) Web受講の場合：Web（申込フォーム）にてお申込みください。

【申込URL】 https://zoom.us/meeting/register/tJcrfu6rpjkjGNDtpJpJfyLIV4g-vhE11_XU

申込URLをE-mailにて受取り希望の方は、メールにてご依頼ください。
[依頼先] 北海道医師会 総務課 soumu@m.douj.jp



(2) 会場受講の場合：以下の「会場受講申込書」に必要事項をご記入の上、FaxまたはE-mailにてお申込みください。

第3回母体保護法指定医師研修会 会場受講申込書
[函館会場・令和6年2月25日（日）]

北海道医師会 総務課 行

FAX 011-221-5070 E-mail soumu@m.douj.jp

医籍登録番号	
ふりがな	
氏名	
連絡先電話番号	() -
所属施設名	
所属施設所在地	〒 TEL () -
郡市医師会	該当に○印をお付けください。 会 員 ・ 非会員 *会員の場合、以下ご記入ください。 (医師会)
北海道医師会	該当に○印をお付けください。 会 員 ・ 非会員
母体保護法指定医師	該当に○印をお付けください。 有 ・ 無 *無の場合、以下に○印をお付けください。 ※今後、新規申請をされる予定 有 ・ 無

※申込書に記載いただいた個人情報は、原則として本研修会関係者（担当役職員、講師等）のみで使用し、それ以外には利用いたしません。