

## — 日本医師会生涯教育講座 —

## 第4回母体保護法指定医師研修会(札幌会場)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3月20日（水・祝）10：00～12：20
2. 場 所 北海道医師会館（札幌市中央区大通西6丁目 TEL 011-231-1432）
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：弁護士法人佐々木総合法律事務所 弁護士・医師 福田 友洋
10：40－11：15	講義「生命倫理に関するもの」 講師：医療法人社団エナ麻生ARTクリニック 生殖医療顧問 遠藤 俊明
11：15－12：15	講義「医療安全・救急処置に関するもの」【専門医共通講習-医療安全：1単位】 講師：札幌医科大学医学部 病院管理学 教授 橋本 暁佳
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2月16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。3月14日（木）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80名、Web80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。

受講申込の方法 申込締切：令和6年2月16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/tJwqfumsrTmtG9JfJ2t3EC\\_cfX09JG4lQzKj](https://zoom.us/meeting/register/tJwqfumsrTmtG9JfJ2t3EC_cfX09JG4lQzKj)

申込 URL は、北海道医師会ホームページからもご確認いただけます。  
 ※「北海道医師会 令和5年度第4回母体保護法指定医師研修会」と検索のうえ、以下の順でクリックください。  
 第4回母体保護法指定医師研修会-札幌会場（PDF）⇒【申込 URL】  
 また、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.doui.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4回母体保護法指定医師研修会 会場受講申込書**  
 [札幌会場・令和6年3月20日（水・祝）]

北海道医師会 総務課 行

**FAX 011-221-5070 E-mail soumu@m.doui.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。