

—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単位が付与されますので、ご出席くださいますようご案内申し上げます。

1. 日 時 令和8年1月31日（土）15:00～17:20
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 日本産婦人科医会研修1単位、日本専門医機構認定共通講習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

15:00～15:05	開会挨拶
15:05～15:40	講義「母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの」 講師：社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 産婦人科 診療部長 福中規功
15:40～16:15	講義「医療安全・救急処置に関するもの」 講師：市立函館病院 産婦人科 科長 浅野拓也
16:15～17:15	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 副院長 兼 総合周産期センター長 片岡宙門
17:15～17:20	質疑応答および参加証の配付
17:20	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-22,000円（税込）
 10. 受講申込 裏面参照の上、令和8年1月8日（木）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.douji.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。
1月23日（金）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、Web 20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.douji.jp
 14. その他の
 - ・Web受講者の単位取得は、受講開始・終了時刻のログを確認し、判断いたします。
また、あわせて専門医共通講習単位の取得を希望される場合は、研修会終了後、
テスト（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＞ ※北海道医報附録、北海道医師会ホームページにてご案内いたします。

受講申込の方法

申込締切：令和8年1月8日（木）

(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/oU0t91j5TWeJLr9tkcC2DA>

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7年度第3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3回母体保護法指定医師研修会-函館会場 (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.douji.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8年1月31日（土）]

北海道医師会 総務課 行

FAX 011-221-5070 E-mail soumu@m.douji.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	〒 TEL () -					
都市医師会	該当に○印をお付けください。 会員・非会員 <small>*会員の場合、以下ご記入ください。</small> <small>(医師会)</small>					
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 <small>*無の場合、以下に○印をお付けください。</small> <small>※今後、新規申請をされる予定 有・無</small>					

※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。