

岐医発第 523 号
令和 7 年 3 月 25 日

地域医師会長 各位

岐阜県医師会
会長 伊在井 みどり
(公印省略)

2025 年度北陸 3 県医師会合同産業保健（基礎・前期）研修会の開催について

見出しのことにつきまして、別添の通り、石川県医師会から案内がありましたのでお知らせします。

本研修会は、これから日本医師会認定産業医資格を新規に取得される医師を対象とした基礎研修会（前期 7 単位）で、5 月 11 日（日）に石川県で開催されます。

また、富山県で開催（4 月 27 日）の同研修会と併せて受講されると、前期研修 14 単位が全て取得できます。

つきましては、本研修会の周知方につきまして、貴職のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

本件は、岐阜県医師会HP＞医師の皆様へ＞お知らせに掲載いたします。

記

【お問い合わせ先】

石川県医師会 TEL：076-239-3800

※申込方法：別紙にて直接お申込みください。

担当者	岐阜県医師会事務局 小坂・市川
TEL 058-274-1111 FAX 058-271-1651	

岐医発第 523 号
令和 7 年 3 月 25 日

地域医師会長 各位

岐阜県医師会
会長 伊在井 みどり
(公印省略)

2025 年度北陸 3 県医師会合同産業保健（基礎・前期）研修会の開催について

見出しのことにつきまして、別添の通り、石川県医師会から案内がありましたのでお知らせします。

本研修会は、これから日本医師会認定産業医資格を新規に取得される医師を対象とした基礎研修会（前期 7 単位）で、5 月 11 日（日）に石川県で開催されます。

また、富山県で開催（4 月 27 日）の同研修会と併せて受講されると、前期研修 14 単位が全て取得できます。

つきましては、本研修会の周知方につきまして、貴職のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

本件は、岐阜県医師会 HP > 医師の皆様へ > お知らせに掲載いたします。

記

【お問い合わせ先】

石川県医師会 TEL : 076-239-3800

※申込方法：別紙にて直接お申込みください。

担当者	岐阜県医師会事務局 小坂・市川
TEL 058-274-1111 FAX 058-271-1651	

石医発第 527 号 (業 330)

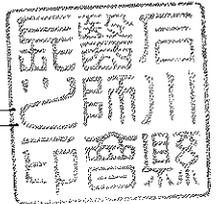
令和 7 年 3 月 17 日

岐阜県医師会

会長 伊在井 みどり 様

石川県医師会

会長 安田 健二



2025 年度北陸 3 県医師会合同産業保健 (基礎・前期) 研修会の開催について

仲春の候 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、標記研修会の当会主催分を別添のとおり開催することに致しましたのでご

案内申し上げます。



**2025 年度北陸 3 県医師会《富山・福井・石川県》合同
産業保健（基礎・前期）研修会開催要項**

北陸 3 県医師会合同で、日本医師会認定産業医資格を新規に取得される医師を対象に標記研修会を開催します。

1. 期 日 5月11日（日） 9：30～17：00
2. 場 所 石川県医師会館 4階 研修室
(〒920-8660 金沢市鞍月東2丁目48番地 TEL 076-239-3800)
3. 受講資格 日医認定産業医を希望する医師（すでに認定産業医の方は単位取得はできません）
4. 取得単位 基礎（前期）研修 7単位 ※4月27日（日）に富山県で開催予定の同研修会と併せて受講されると、前期研修 14 単位がすべて取得できます。
5. 受講料 北陸3県医師会会員：5,000 円 その他の医師：10,000 円
(当日受付にて納付願います)
6. 申込方法 受講希望者は下記に必要事項を記入し、石川県医師会あて4月25日（金）までに FAX (076-239-3810) にてお申込みください。

8. 内 容

9:30～11:30	「健康管理」	コマツ健康増進センター理事・コマツクリニック院長	南 昌秀
11:30～12:30	「メンタルヘルス対策」	石川産業保健総合支援センター 産業保健専門職	亀田 真紀
12:30～13:00	昼休憩		
13:00～15:00	「総論」	金沢医科大学 名誉教授	森河 裕子
15:00～17:00	「作業環境管理」	石川県予防医学協会 健診部長	田畑 正司

石 川 県 医 師 会 行 き (FAX 076-239-3810)

産業保健（基礎・前期）研修会申込書

下記のとおり申込みます。

所属医師会名	都 道 府 県 医 師 会 [会 員 非 会 員]		
フリガナ		性 別	1 男 2 女
氏 名		生年月日	S・H 年 月 日
医籍登録番号			
連 絡 先	▽ 勤務先か自宅のどちらかを選び、勤務先の場合は勤務先名称もご記入願います。		
	1 勤務先 2 自 宅		
	住 所 〒		
	電話番号 ()	FAX 番号 ()	
	勤務先名称		

* 枠内に必要事項を記入し、4月25日（金）までに FAX にてお申込みください。

* 後日、受講票を送付いたします。

* 昼食の販売はございません。

* 受講をキャンセルされる場合は、必ずご連絡願います。

* 単位は MAMIS にて登録しますので、研修開催日までに MAMIS マイページ登録をお願いいたします。