

会 員 各 位

福 島 市 医 師 会  
産 業 保 健 ・ 労 災 委 員 長 安 齋 圭 一  
( 公 印 省 略 )

第 1 回 産 業 医 学 研 修 会 ( 実 地 ) 開 催 の お 知 ら せ

秋涼の候、先生方におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。  
この度、下記の通り産業医学研修会を開催する事となりましたので、お知らせ致します。  
ご参加される方は、下記内容および注意事項をご参照の上、FAXにて当会までお申込み  
頂きますよう、お願い申し上げます。

記

日 時	令和 7 年 10 月 16 日 ( 木 ) 午後 2 時 00 分 ~ 午後 4 時 00 分
場 所	福島トヨタ 本社 ( 福島市大平寺冲高 25 番地 )
内 容	職場の安全対策 ( 職場巡視、ストレスチェックの対応について )
単 位	日本医師会産業医制度 実地 2 単位 ( 基礎研修・生涯研修 )
申込み方法	別紙 [ 参加申込書 ] へ必要事項を記入の上、福島市医師会事務局まで、 FAX にて送信 【福島市医師会事務局 FAX 534-2291】
定 員	30 名 ( 駐車場に限りがあるため、公共交通機関のご利用をお願いします。 )
受 講 費	福島市医師会会員および福島県医師会会員は不要 その他 ( 会員外 ) は 2,000 円 ※ 当日、受付にてお支払いをお願いします。
締 切	令和 7 年 10 月 2 日 ( 木 )

※ お申し込み後、10 月 6 日以降に郵送にて受講票を送付致します。

【 注 意 事 項 】

研修先企業様の敷地内駐車場に限りがあるため、自家用車でのご参加の方については、お申込み順にて駐車許可証を発行いたします。 尚、駐車可能台数は先着 20 台までとなります。また、駐車場のご用意が出来なかった先生方については、お手数ではございますが、公共交通機関のご利用、乗り合わせ、ご家族、知人の方からの送迎など、ご協力の程、お願い申し上げます。

## 第1回産業医学研修会（実地） 参加申込書

お申込み先：福島市医師会事務局      FAX 024-534-2291

ふりがな	
氏名	
医籍登録番号	
所属施設	
所属医師会	医師会
福島県医師会 入会状況	会 員      ・      非 会 員
電話番号	
メールアドレス	
有効期限	年                      月                      日
単位種類	※ どちらかに☑を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 基 礎 <input type="checkbox"/> 生 涯
受講票 送付先	※ どちらかに☑を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 所属施設
送付先 郵便番号	
送付先 住所	

### ◇ 来場方法について

1. 自家用車で来られますか？                                      はい      ・      いいえ
2. 研修先企業の駐車場を利用しますか？                                      はい      ・      いいえ  
    ※台数に限りがあります。 予め、ご了承のうえ、お申込みください。

### 【お願い】

駐車場のご用意が出来ない場合、公共交通機関、他の先生との同乗等、お願い申し上げます。近隣企業様等への駐車はご迷惑となりますので、ご遠慮下さいますよう、何卒、ご理解とご協力を頂きますよう、お願い致します。