

平成 21 年 5 月 15 日

各 位

精神科七者懇「臨床研修指導医講習会」

東日本地区実行委員会

委員長 関 健

稲庭千弥子

平成 21 年度 精神科七者懇 東日本地区 「臨床研修指導医講習会」開催について

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、平成 16 年度より必修化された新医師臨床研修制度は、制度発足以来 5 年後の見直しを平成 19 年度に行い、新たな局面を迎えたところです。

厚生労働省医事課は先に「指導医講習会開催指針（平成 16 年 3 月 18 日、医政発第 0318008 号）」を発出し、また研修の実を上げ、指導医の質の確保をはかるべく、省内に検討会議を立ち上げ国立保健医療科学院と協力し、各科毎のカリキュラム及び、指導ガイドラインを作成致しました（平成 18 年 2 月 14 日）。また、平成 21 年度からは、当該指導医講習会を修了していることが指導医要件となる旨明記されたところであります。

これらの動きを受け、精神科七者懇談会は、開催指針にのっとり臨床研修指導医講習会を平成 16 年度より各地で開催して参りました。平成 19 年度までに全国各地で開催され、講習会では計 2,000 名が修了しております。本講習会を修了した指導医には主催者及び医政局長名の修了証書が交付されることとなっております。今回の制度見直しにより、プログラム上指導医として記載する場合には、**当該講習会を修了していることが要件**となっていることを申し添えます。

受講ご希望の先生は、別添「実施要領」をご確認の上「受講申込書」を 6月10日(水)までに FAX にてお送り下さい。お早めにお申し越し下さい。

尚、今年度の講習会は、東日本地区と東海地区（開催日未定）以外は開催予定がございません。

謹白

精神科七者懇「臨床研修指導医講習会」

東日本地区実行委員会 事務局

特別医療法人城西医療財団 城西病院内(担当:秘書室 市川)

〒390-8648 松本市城西 1-5-16

TEL 0263-33-6400 FAX 0263-33-9920

E-mail sec@shironishi.or.jp

平成 21 年度 精神科七者懇談会 東日本地区 第 1 回「臨床研修指導医講習会」 実 施 要 領

七者懇主催の講習会は、厚生労働省指針（平成 16 年 3 月 18 日 医政発 0318008 号）に沿った講習会と位置づけられております。

1. 主 催

精神科七者懇談会「臨床研修指導医講習会」運営委員会

2. 開催日時

平成 21 年 6 月 27 日（土）	8 : 30 ~ 受付
	9 : 00 ~ 21 : 40
平成 21 年 6 月 28 日（日）	9 : 00 ~ 16 : 30

3. 会 場

日精協会館（JR 田町駅東口より徒歩 6 分）
〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14 TEL 03-5232-3311

4. 募集人数

50 名

5. 受講資格

臨床研修指定病院に勤務する精神科常勤医師（臨床経験 5 年以上）で、指導医として登録された医師であること。

※必ずしも精神保健指定医である必要は無いがその方が望ましい。

6. 参加費

38,000 円（所属病院又は講習会参加者にてご負担いただきます。
「受講決定通知書」受領後速やかにお支払い下さい。）

7. 申込み方法

受講申込書に記載し、事務局へ FAXにてご送付ください。

8. 申込み締切日

平成 21 年 6 月 10 日（水）

9. その他

- (1) 講習会修了者には主催者及び厚生労働省医政局長の連名での修了証書を交付します。
- (2) 本講習会修了者には、今後開催される七者懇主催の「臨床研修指導医講習会」の開催に際して、スタッフとして協力を要請することがあります。
- (3) 本講習会は、臨床研修指定病院の指導医が対象ですが、近々臨床研修病院の指定を予定されている病院の指導医も受講できます。

精神科七者懇 臨床研修指導医講習会実行委員会（東日本地区）事務局（城西病院）
 行
 ファクシミリ番号：0263-33-9920（提出期限 平成21年6月10日）

平成21年度 精神科七者懇談会 東日本地区 第1回 臨床研修指導医講習会
 受 講 申 込 書

※全ての項目につき正確かつもれなく記入して下さい。
 ※修了証書は、ご記入頂いたお名前でお名前が交付されますので、正確にご記入下さい。

氏 名		生年月日		臨床経験
(フリガナ)		年 月 日 (才)		年
男・ 女				
1	医師免許取得年月日	昭和・平成	年 月 日	
	精神保健指定医取得年月日	昭和・平成	年 月 日	
	所属施設名：			
	役 職 名：			
	連 絡 先：〒			
(TEL)		(FAX)		
(Eメール)				

氏 名		生年月日		臨床経験
(フリガナ)		年 月 日 (才)		年
男・ 女				
2	医師免許取得年月日	昭和・平成	年 月 日	
	精神保健指定医取得年月日	昭和・平成	年 月 日	
	所属施設名：			
	役 職 名：			
	連 絡 先：〒			
(TEL)		(FAX)		
(Eメール)				

- ※ 平成21年6月10日（水）までに事務局宛（FAX 0263-33-9920）お申し込み下さい。
- ※ 用紙が不足の場合はコピーしてご利用下さい。
- ※ 本個人情報講習会の事務手続き以外には使用致しません。