

日医発第 253 号(法安 36)

平成 28 年 6 月 2 日

日本医学放射線学会
理事長 本 田 浩 殿

日 本 医 師 会
会 長 横 倉 義 武



平成 28 年度 死亡時画像診断(AI)研修会 開催について

標記研修会の開催にあたりましては、主催名義の使用につきましてご協力をお願いしておりますが、このたび、別添のとおり、研修会の概要がまとまり、参加者の募集を開始するはこびとなりましたので、お知らせ申し上げます。つきましては、貴台におかれましても、関係各位へのご周知にご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、参加申込の受付開始は、平成 28 年 6 月 13 日 (月) 午前 11:00～ (但し、定員になり次第締切り) となっております。

よろしくようお願い申し上げます。

- ・ 医師は、日本医師会ホームページ医療安全・死因究明コーナーの案内に従い、日本医師会宛に申し込み

URL : http://www.med.or.jp/doctor/anzen_siin/

- ・ 診療放射線技師は、日本診療放射線技師会ホームページから申込み

URL : <http://www.jart.jp/>

平成 28 年度 死亡時画像診断(A i)研修会
—開催のご案内—

主催：日本医師会、日本診療放射線技師会(申請中)、A i 学会
共催：日本医学放射線学会(申請中)、日本救急医学会他
後援：日本医学会、放射線医学総合研究所

日本医師会館において「平成 28 年度 死亡時画像診断(A i)研修会」を開催いたします。
本研修会の申込みにつきましては、医師の方は日本医師会ホームページ「医療安全・死
因究明」コーナーをご参照のうえ、診療放射線技師の方は日本診療放射線技師会ホーム
ページをご参照のうえ、お申込みください。

医師申込開始日：6月13日(月)午前11:00～

* 申込み開始以前のお申込みはお引き受けいたしませんので、ご了承ください。

開催日程・参加対象等

開催日時	【1日目】平成28年7月9日(土) 10:00～17:30(受付開始 9:20より) 【2日目】平成28年7月10日(日) 9:00～16:10(受付開始 8:30より) (※2日目研修終了後、確認試験を30分程度予定)
開催場所	日本医師会館 1F 大講堂及び3F 小講堂 東京都文京区本駒込 2-28-16 地図等は下記サイト↓を参照 http://www.med.or.jp/jma/about/access.html *JR 山手線「駒込駅」南口より徒歩約10分 *東京メトロ南北線「駒込駅」出口2より徒歩約10分 *都営地下鉄三田線「千石駅」A3 出口より徒歩約8分 ※車での来館はご遠慮ください。駐車できません。
参加対象	医師もしくは診療放射線技師
定員	医師100名、診療放射線技師100名(2日間を通じて)
参加費	無料
修了証	研修会終了後、確認テストの後、修了証を授与します。
日医生涯教育 単位数	本研修会の参加により、日医生涯教育単位 9単位を取得できます。 (※医師のみ、2日間合計。但し、希望者のみ) カリキュラムコード：5、6、7、12、0
申込期間・締切り	6月13日(月)午前11:00～より募集開始 *但し、定員になり次第、ただちに締切ります。 *申込み開始以前のお申込みはお引き受けいたしませんので、ご了承ください。

	<p>医師の参加希望者は、下記の要領で必要事項を記入のうえ、日本医師会医事法・医療安全課宛に、FAX もしくは E-mail にてお申込みください。お申込み頂いた方には、数日中に【申込み受領証】を FAX もしくは E-mail でお送りいたします。</p> <p>◆FAX でお申込みの方… 「参加申込書」に必要事項をご記入のうえ、FAX03-3946-6295 へ送ってください。</p> <p>◆E-mail でお申込みの方… 以下の項目を記入して、ai-kensy@po.med.or.jp 宛てに送信してください。(実際に送信する場合は「ハイフンを半角 (-)」に変換して送信してください。)</p> <p>【メールタイトル】 平成 28 年度 A i 研修会参加申込み</p> <p>【本文】 日本医師会 A i 研修会に参加希望</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医籍登録番号 (左づめ・6 桁) : (必須) ・ フリガナ : (必須) ・ 氏名 : (必須) ・ 医療機関名 : (必須) ・ 診療科/部署名 : (必須) ・ 役職名 : (必須) ・ 住所 : (必須) ・ 電話番号 : (必須) **-****-**** ・ 【申込み受領証】の送付先 : FAX・E-mail ・ FAX 番号 (FAX 送信希望者) : **-****-**** ・ E-mail (E-mail 送信希望者) : ****@***.***.*** ・ 日医生涯教育制度について : 利用する・利用しない ※「利用する」と記入された方は、以下にも必ずご記入ください。 ・ 都道府県医師会名 : ・ 郡市区医師会名 : ・ 日本医師会会員の有無 : 会員・非会員
<p>申し込み方法 (医師のみ)</p>	
<p>昼食について</p>	<p>当日は会場で昼食の販売は行っておりません。昼食をご持参される場合には、日医 3 階昼食会場でお召し上がりください。もしくは、近隣のレストラン等をご利用願います。</p>
<p>問い合わせ先</p>	<p>日本医師会 医事法・医療安全課 03-3942-6484 (直通)</p>