

兵庫県医師会・兵庫県産科婦人科学会共催

平成30年度「家族計画・母体保護法指導者講習会」伝達講習会

① 日時：平成31年2月24日（日）14：00～15：35

会場：兵庫県医師会館 2F 大会議室

（TV会議システム中継）

・豊岡市医師会（豊岡健康福祉センター） ・淡路市医師会館

② 日時：平成31年3月7日（木）14：00～15：35

会場：なでしこホール 大ホール（西宮）

③ 日時：平成31年3月28日（木）14：00～15：35

会場：姫路市医師会館 5F 大ホール

④プログラム

一、開 会

二、挨拶 （14：00～14：05）

兵庫県医師会母体保護法指定医師審査委員会委員長

兵庫県産科婦人科学会理事

信永 敏克

三、シンポジウム

テーマ「女性に寄り添う産婦人科医療のあり方について」

（1）妊娠前からの女性の健康課題に寄り添う

—Periconceptional Care/Counselingにも目を向けよう—

（2）妊娠前からの健康管理について ～若年女性へのメッセージ～

（14：05～14：45）（0.5単位：CC11）

兵庫県医師会母体保護法指定医師審査委員会副委員長

野原 当

（3）妊娠前からの健康管理について —身体疾患を中心に—

（4）ゲノム医療時代の妊娠をむかえる世代への妊娠前の遺伝カウンセリング

（5）指定発現—行政の立場から—

（14：45～15：35）（0.5単位：CC2）

兵庫県医師会母体保護法指定医師審査委員会委員長

信永 敏克

四、閉 会

⑤ 2月24日兵庫県医師会館では託児所を会館内にご用意いたしますので、ご希望の方は別紙にてお申し込みください。

◆ 日本産科婦人科学会の単位が加算されますので、e学会カードをご持参下さい。

◆ 近畿相互乗り入れの申し合わせでは、研修会当日、受付にて身分証明書（運転免許証、健康保険証）を提示するとともに、氏名、所属医療機関名およびその所在市町村名を記帳すると規定されておりますので、ご参加にあたっては身分証明書の携行をお願いいたします。

◆ 兵庫県医師会母体保護法指定医師研修会参加証は紛失時の再発行は致しませんのでご留意ください。

◆ 取得単位

兵庫県医師会母体保護法指定医師研修会参加証、日本産科婦人科学会（10単位）

兵庫県医師会生涯研修システム 1単位（CC：2，11）

平成 30 年度家族計画・母体保護法指導者講習会に伴う伝達講習会

受 講 申 込 書

平成 年 月 日

ふりがな			性 別	1. 男 性
氏 名				2. 女 性
医籍登録番号		日本産科産婦人科学会認定証登録番号		
		— N —		
所属府県医師会 (該当医師会に○を付してください)	1. 大阪府医師会 2. 滋賀県医師会 3. 京都府医師会	4. 奈良県医師会 5. 和歌山県医師会		
所属医療機関名				
所 在 地	〒			
	電話：	FAX：		

【参加会場に✓印を記入下さい】

2月24日(日)

() 兵庫県医師会館 2F 大会議室

TV 会議システム中継

() 豊岡市医師会：豊岡健康福祉センター

() 淡路市医師会

3月7日(木)

() なでしこホール 大ホール (西宮)

3月28日(木)

() 姫路市医師会：姫路市医師会館 5F 大会議室

※申込締め切り 2月18日(月)

〈申込 FAX 番号〉 078-231-8113

〈FAX 送付先 078-231-8113〉 2月4日(月)必着

託児サービス利用申込書

下記の利用条件に同意し、(株)ポピンズの託児サービスの利用を申し込みます。

記

1. お子様のお熱が37.5度以上あるなど、体調不良の場合はお預りできません。お預り中に、事故、災害、突発的な怪我等の緊急対応が必要な事態が発生した場合、(株)ポピンズは、あらかじめ保護者が指定した緊急連絡先に連絡し保護者の指示を仰ぐよう努めるものとし、連絡が取れなかった場合であっても、(株)ポピンズの判断により、お子様の生命、身体の安全を最優先させて最善の措置をとることができるものとします。
2. 前項の措置については、(株)ポピンズは、軽度の応急手当をお子様に対して行うことができるものとし、それを超える医療行為は医療機関により実施するものとします。(株)ポピンズは、保護者と連絡が取れなかった場合に医療機関に医療行為の実施の承諾をする権利を有するものとします。
3. 前2項の対応によって、お子様に後遺症等の損害が発生した場合、当社は一切の責任を負わないものとし、措置にかかった費用は、保護者が負担することとします。
4. 預り中に発生したお子様の身体または所持品に対する損害(自然災害等の不可抗力による損害を含む)については(株)ポピンズの責に帰すべき事由によるものを除き、(株)ポピンズは一切責任を負うものではありません。また、(株)ポピンズの責に帰すべき事由により損害が発生した場合の損害賠償額は、(株)ポピンズの故意または重過失による場合を除き(株)ポピンズが加入する保険(賠償責任保険、傷害保険)から支払われる保険金の範囲内とします。

保護者氏名:	／ 携帯電話番号(緊急時連絡先):
(フリガナ) <input type="checkbox"/> お子様名: (男・女) <input type="checkbox"/> 愛称: <input type="checkbox"/> 年齢: 才 ヶ月 <input type="checkbox"/> 平熱: 度 <input type="checkbox"/> アレルギー: 有(具体的に)・無 <input type="checkbox"/> 好きな遊び/玩具: <input type="checkbox"/> その他(注意事項):	<input type="checkbox"/> 託児経験: 無 有(保育園・幼稚園・一時預かり・その他) <input type="checkbox"/> 食事・授乳・調乳希望時間: ① 時 ② 時 <input type="checkbox"/> 調乳の量 1回 cc <input type="checkbox"/> お昼寝: 無・有()時頃～()時頃まで 寝方(仰向け・うつ伏せ・横向け・その他) <input type="checkbox"/> 排泄: 声かけ(要・不要) ひとりで(できる・できない) 紙おむつ・布おむつ トレーニング中・おむつ・パンツ
(フリガナ) <input type="checkbox"/> お子様名: (男・女) <input type="checkbox"/> 愛称: <input type="checkbox"/> 年齢: 才 ヶ月 <input type="checkbox"/> 平熱: 度 <input type="checkbox"/> アレルギー: 有(具体的に)・無 <input type="checkbox"/> 好きな遊び/玩具: <input type="checkbox"/> その他(注意事項):	<input type="checkbox"/> 託児経験: 無 有(保育園・幼稚園・一時預かり・その他) <input type="checkbox"/> 食事・授乳・調乳希望時間: ① 時 ② 時 <input type="checkbox"/> 調乳の量 1回 cc <input type="checkbox"/> お昼寝: 無・有()時頃～()時頃まで 寝方(仰向け・うつ伏せ・横向け・その他) <input type="checkbox"/> 排泄: 声かけ(要・不要) ひとりで(できる・できない) 紙おむつ・布おむつ トレーニング中・おむつ・パンツ