

青医第1077号
令和元年10月28日

県内原子力災害拠点病院長 殿
県内原子力災害医療協力機関の長 殿

青森県健康福祉部医療薬務課長
(公印省略)

第36回福島災害医療セミナー（上級コース）について

本県の原子力災害医療体制の推進につきましては、平素より御指導、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記講座について、主催者である公立大学法人福島県立医科大学より貴機関へ開催案内が送付されているところですが、原子力災害医療機関の職員が参加を希望される場合には、県が参加旅費を負担しますので、下記のとおり申込手続きをしてくださるようお願いいたします。

記

- 1 名称
第36回福島災害医療セミナー（上級コース）
- 2 日時
令和2年2月5日（水）～7日（金）
- 3 会場
福島県立医科大学及び東京電力福島第一原子力発電所等
- 4 対象者
別添 令和元年10月18日付け元医大教支第957号「第36回福島災害医療セミナー（上級コース）の開催について（通知）」参照
- 5 参加申込について
別添 令和元年10月18日付け元医大教支第957号「第36回福島災害医療セミナー（上級コース）の開催について（通知）」の7 申込方法（E-mailによる申し込み）により、福島県立医科大学へ直接申し込んでください。既に申し込みされた方については、「6 旅費支給の手続きについて」をご覧ください。
- 6 旅費支給の手続きについて
 - (1) 参加申込後、福島県立医科大学より受講決定の旨の通知を受けた後、以下の書類を下記担当あて12月2日（月）までにFAXで提出してください。
 - ①受講決定通知文書（福島県立医科大学より送付）
 - ②旅行日程及び振込先について（別添様式）
 - (2) 講座研修終了後、福島県立医科大学より「修了証」が発行されますので、下記担当あて修了証の写しをFAXで提出してください。県の旅費規程に基づき口座振込により支給いたします。

【担当】青森県健康福祉部医療薬務課
業務指導G 増田大介
電話 017-734-9289
FAX 017-734-8089



元医大教支第957号
令和元年10月18日

各位

公立大学法人福島県立医科大学
災害医療総合学習センター長
(公印省略)

第36回福島災害医療セミナー(上級コース)の開催について(通知)

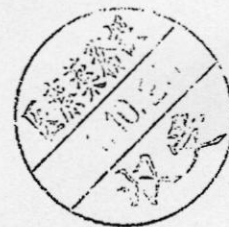
本センターの事業推進につきましては、日頃から御理解を賜り厚く御礼申し上げます。

このたび、緊急時における放射線災害の対応や所属する医療機関における被ばく医療の指導者として活躍できる即戦力となる人材育成を目標として、これまで福島災害医療セミナーを受講された方を対象とした標記セミナーを下記の通り開催いたします。

つきましては、参加を希望される方は申込方法に従って御応募くださいますようお願いいたします。

記

- 1 名称
第36回福島災害医療セミナー(上級コース)
- 2 日時
令和2年2月5日(水)～7日(金)
- 3 場所
福島県立医科大学および東京電力福島第一原子力発電所等
- 4 対象者
次の(1)～(5)とする。
(1)平成27年度以前の福島災害医療セミナー(被ばく医療コース)修了者
(2)福島災害医療セミナー(被ばく医療基礎コース)修了者
(3)福島災害医療セミナー(県内医療従事者コース)修了者
(4)過去の福島災害医療セミナー(上級コース)修了者
(5)その他、災害医療総合学習センター長が認める者
- 5 募集定員
35名程度 ※募集定員を超過した場合は選考させていただきます。
- 6 受講料
無料
- 7 申込方法
Eメール(宛先:ecdm@fmu.ac.jp)
※お申込みにあたり、以下を明記してください
①氏名(ふりがな)
②性別
③年齢
④E-mailアドレス(※PDFファイルが開けるもの)
⑤自宅住所(※郵便番号含む)
⑥携帯電話番号
⑦勤務先(正式名称)
⑧職種(例:医師・看護師・診療放射線技師・事務職など)
⑨専門分野(例:救急科など)
⑩受講したセミナーの回(例:第**回)



(裏面へ)

8 締め切り

令和元年 11 月 20 日 (水) まで

※受講の可否については申込後、一週間以内に御連絡いたします。

9 プログラム予定 ※講義・実習内容は変更することがあります。

(1 日目)

講義「リスク学」

講義・演習「リスク認知について」

講義「震災後の福島の復興を考える」

(2 日目)

演習 1 「【診療放射線技師・医師対象】被ばく線量推定演習」

演習 2 「【看護師・医師対象】避難所設営机上演習 (SOS)」

講義「チェルノブイリからの教訓 (仮称)」

(3 日目)

見学「東京電力福島第一原子力発電所救急医療体制視察」

講義「広野町の課題」

10 その他

- ・テキストは会場で配付いたします。
- ・本セミナー修了後、一定の基準を満たした受講者に『修了証』を交付いたします。
- ・実習は動きやすい服装でお越しください。

11 お問い合わせ・お申込み先

公立大学法人福島県立医科大学 災害医療総合学習センター

(事務担当 主事 高井 早生、圓谷 光紀)

〒960-1295 福島市光が丘 1 番地

電話：024 (547) 1488 FAX：024 (547) 1557

E-mail：ecdm@fmu.ac.jp

ホームページ：<http://www.fmu.ac.jp/home/cmecd/ecdm/index.html>

以上

送付先：医療業務課業務指導グループ 増田 宛
 FAX：017-734-8089

旅行日程及び振込先について

研修名	第36回福島災害医療セミナー（上級コース）				
(ふりがな) 参加者氏名					
所属機関 (連絡先)	電話番号 ()				
参加者の 自宅住所	〒				
自宅電話番号					
振込先	金融機関名	銀行		支店(所)	
	口座種別 (1. 普通 2. 当座 3. その他)				
	口座番号				
	口座名義(カタカナ)				
旅行日程 及び宿泊	※宿泊をしない場合は、1及び2の記入は必要ありません。				
	1. 旅行日程 【令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日】				
	2. 宿泊(旅行中、宿泊をする日に○を記入してください。)				
		出発日			
	宿泊				
	3. 旅行手段(下記事項をよく読んで記入して下さい。)				
	・勤務先から旅行先まで公共交通機関を利用した場合の旅行手段を記入してください。なお、自宅から直接出発(帰宅)する場合で、自宅の方が旅行先に近く、旅行手段も異なる場合には自宅から記入してください。				
	・旅行手段は下表に利用する順に記入してください。				
	・往路と復路が異なる場合は、区分して記入してください。				
	・記入欄が足りない場合は別紙でも構いません。				
【利用する公共交通機関毎に下記内容を記載してください。】					
①鉄道：A(鉄道会社名)、B(出発駅)、C(到着駅)					
②バス：A(バス会社名)、B(出発停留所)、C(到着停留所)、D(料金)					
③航空機：A(航空会社名)、B(出発空港)、C(到着空港)					
No	A 旅行手段	B 出発地	C 到着地	D 料金	備考
1					
2					
3					
4					