

平成 18 年度周産期医療研修会

1. 目的 産科・NICU等周産期を中心とする妊産婦、新生児、未熟児の診断治療に関する理論と技術を学びます。新生児科医と産科医が共に学ぶことを特徴としています。
2. 期間 平成 18 年 9 月 4 日(月)～9 月 9 日(土)
初日 9 月 4 日 講義時間 13:15～16:30 (受付開始 12:30)
最終日 9 日 講義時間 9:00～13:00 (予定)
3. 受講資格 現在、周産期医療に従事している臨床経験 5 年以内の医師
4. 定員 50 名
5. 経費 1) 受講料 32,000 円
2) 見学実習費 3,000 円 (希望者のみ)
3) 宿泊費 15,000 円
(本会宿舎を利用する場合のみ・期間:9 月 4 日～8 日の 5 日間)
6. 会場 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 研修室
<住所> 〒106-8580 東京都港区南麻布 5 丁目 6 番 8 号
<電話> 03(3473)8335
7. 宿舎 1) 本会内の宿舎利用を希望される方は、受講申込書に明記してください。
2) 当宿舎は、2 名同室で定員 14 名です。
3) 食事の提供は致しません。簡単な自炊ができる設備があります。
4) 希望者多数の場合は、先着順に受け付けます。
8. 申込み等 1) 受講希望者の所属長による「推薦書」(様式 4)を、締切日までに本会研修部あてに郵送して下さい (FAX での受付はご遠慮いただいております)
社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会 総合母子保健センター研修部
〒106-8580 東京都港区南麻布 5 丁目 6 番 8 号
電話 03-3473-8335 FAX 03-3473-8454
2) 申込みは、4 月から受け付けます。
3) 希望者多数の場合、基本的には先着順となりますが、同一施設から複数の申込みがある場合は調整させていただくこともありますので、ご了承ください。
4) 受講の可否については、締切日を待って可の場合のみ通知します。受講していただけない場合は、可能な限り早いうちに連絡致します。
9. 申込み締切 医師コース:平成 18 年 8 月 4 日(金)

医師コース研修課程（予定）

平成18年9月4日(月)～9月9日(土) 6日間

科 目	時間	講 師	
これからの周産期医療をめぐって	1.5	中林 正雄	愛育病院院長
新生児脳障害の予防と治療	1.5	大野 勉	埼玉県立小児医療センター副院長 未熟児新生児科医師
新生児の栄養・体液管理	1.5	板橋家頭夫	昭和大学医学部小児科教授
新生児の呼吸管理	1.5	長谷川久弥	国保松戸市立病院新生児科医師
周産期の超音波血流計測	1.5	坂井 昌人	愛育病院産婦人科医長
妊娠・分娩時の胎児管理	1.5	伊藤 茂	順天堂大学医学部産婦人科講師
新生児の外科疾患	1.5	藤本 隆夫	愛育病院小児外科部長
切迫早産及び前期破水の管理	1.5	大槻 克文	昭和大学医学部産婦人科講師
新生児医療総論	1.5	楠田 聡	東京女子医科大学小児科教授
小児科領域における法医学視点	1.5	河野 朗久	河野外科医院理事長・大阪府監察医
ウイルス感染・母子感染	1.5	小島 俊行	三井記念病院産婦人科部長
小児胸部X線診断のポイント	1.0	原 裕子	川口市立医療センター放射線科
レントゲンカンファレンス及び講義	2.0	原 裕子 加部 一彦	川口市立医療センター放射線科 愛育病院新生児科部長
新生児感染症	1.5		
出生前診断	1.5		
症例検討	4.0		
N I C U 見学実習(希望者のみ)	半日		

お知らせとお願い

<研修会について>

- ・ 研修会の科目名・講師名等は予定であり、都合により変更させて頂く場合もありますので、ご了承下さい。
- ・ 講師の所属・役職名等は平成18年3月現在のものです。

<お申し込みについて>

- ・ どの研修会も4月より受付を開始致します。
- ・ 研修のお申し込みは郵送でお願い致します。本会に郵便が到着した時点で受付とさせていただきます。ファクシミリでのお申し込みは受け付けておりませんのでご注意ください。
- ・ 決定通知は原則として締切日を待ってお送り致します。
- ・ 定員の都合等により受講をして頂けない場合は、速やかにお電話致します。電話がない場合は、基本的に受講可能です。
- ・ 申込書の受領についてはご連絡致しません。ご心配なことがあれば電話またはE-mailでお問い合わせ下さい。

<受講料について>

- ・ 受講料のお支払い方法については、受講決定通知に記載致しますが、受講までに銀行振り込みして頂くか、研修初日に現金でお支払い頂きます。決定通知到着前にはご送金下さらないようお願い致します。

<本会の宿舎について>

- ・ 本会宿舎をご利用になる場合、午前開始の研修会は前日の午後4時が集合時間となります。

母子愛育会総合母子保健センター研修部

電話：03-3473-8335 E-mail：k4fk@aiiku.or.jp

平成 18 年度周産期医療研修会医師コース推薦書

ふりがな		性別	生年月日	
氏名			昭和 年 月 日 (歳)	
勤務先	ふりがな			
	名称			
	部科名	通算経験年数	年 か月	
	住所等	〒 TEL () FAX () E-mail ()		
勤務先以外の連絡先 (緊急連絡用)	ご本人の携帯電話()			
NICUの有無*	・ある ・ない	NICU見学実習*	・申し込む ・申し込まない	
最終学歴(学校名)				
職歴(病院名)				
施設の特徴・ 自分の主な仕事 内容				
研修参加における 課題・学びたい事				
宿舎*	・申し込む ・申し込まない (どちらかを○で囲んで下さい)			
推薦理由				

(注) *印の項目は該当する箇所を○で囲んで下さい。

学歴、職歴は見学や討議グループ分け等の参考にします。

上記の者を受講させたいので推薦します。

平成 年 月 日

役職名

氏名

印

社会福祉法人恩賜財団母子愛育会
総合母子保健センター所長 様