

保健所・医療機関

保育園・幼稚園

学校関係各位

リウマチ・アレルギー相談員養成研修会の実施について

一般財団日本予防医学協会 公益事業推進室

私ども一般財団法人日本予防医学協会は、リウマチ疾患、アレルギー疾患に関する各種一般・専門情報の提供を広く行うとともに、電話相談を通じて、アレルギー疾患患者及びご家族の悩み、不安等に的確に対応をすることで、その生活の一層の支援を図ることを目的に、平成19年度より厚生労働省の補助事業であるアレルギー相談センター事業を運営いたしております。さらに平成26年度から、アレルギー相談センター事業の見直しに伴い、以前は厚生労働省がご実施された「リウマチ・アレルギー相談員養成研修会」に関しても、同事業内にて担当をさせていただくこととなり、昨年度は仙台、東京、金沢、大阪、熊本にて開催をいたし、延べ400名を超える方々にご受講頂くことができました。

今年度は東京にて講演を行い、他7地区(札幌、仙台、名古屋、大阪、広島、福岡、鹿児島)にて同時放映による研修を開催いたします。また、本年は眼科、耳鼻咽喉科に関するアレルギーについても、1時間の専門研修を行いますので、昨年度参加された受講生も含め、各地域の関係者の参加勧奨をよろしくお願い申し上げます。(別紙の資料:「リウマチ・アレルギー相談員養成研修会」(厚生労働省健康局長より)をご参照ください)

尚、昨年度の研修会後のアンケートから、お申し込みに関しては、直接各個人からメールまたはFAXにて実施する方法に変更をいたします。

(個人ごとに、別紙2申込用紙をご記入し、メール・FAX等でご連絡願います)

さらに、この研修会のご案内は、貴組織の他に、都道府県・指定都市・中核市・保健所政令市・特別区の衛生主幹部、全国の保健所(国立感染症研究所のホームページ登録施設全国保健所480箇所)、及び難病相談支援センター様にご連絡を同時に入れております。他組織からのご連絡と重複することがございますがご了承ください。

下記に日時・会場・スケジュールを記載致しますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。大勢の方々のご参加をお待ち申し上げます。

記

1、受講申込書について

- ① 提出期限 平成28年~~9月30日（金）~~
~~10月14日（金）~~
10月21日（金）※再度お申込期限を延長しました。
- ② 受講者 標記関係者
- ③ 提出先 〒135-0001 東京都江東区毛利 1-19-10
一般財団法人日本予防医学協会 公益事業推進室 宛
TEL:03-3635-1058 FAX:03-5638-2124
Mail:koueki@jpm1960.org

2、研修会スケジュール概要

ご参加頂く会場に関しては地域制限はございません。東京にて講演を実施し、他会場は映像による講演となります。また、他会場からの質問は、講演時間内に双方向性で実施しますが、東京会場では講演終了後30分程度質問をお受けするブースを設けます。
各会場の受付時間、会場見取り図、休憩場所等は、後日ご参加の方にお知らせします。

① 東京

※東京会場のみ、講師が講演します。

※講演後、講師の直接相談を行います。（30分以内）

日 時 平成28年11月7日（月）9:30～11月8日（火）17:40
会 場 アリアル会議室 ANNEX B 会場
住 所 東京都品川区西五反田 1-3-8 五反田御幸ビル 2F
電 話 番 号 03-5759-8336

② 札幌

会 場 TAC 札幌校 304
住 所 札幌市中央区北5条西5丁目7番地 sapporo55 3F
電 話 番 号 011-242-4477

③ 仙台

会 場 TAC 仙台校
住 所 仙台市青葉区中央1丁目3番1号 アエル 25F-2501 教室
電 話 番 号 022-266-7222

④ 名古屋

会	場	TAC 名古屋校 917
住	所	名古屋市中村区名駅 1-2-4 名鉄バスターミナルビル 10F
電 話 番 号		052-586-3191

⑤ 大阪

会	場	ホテルコンサルト新大阪 三輪の間
住	所	大阪市淀川区西中島 1-12-7
電 話 番 号		06-6304-1511

⑥ 広島

会	場	RCC 文化センター6 階 613 会議室
住	所	広島市中区橋本町 5-11
電 話 番 号		082-222-2216

⑦ 福岡

会	場	TAC 福岡校 204
住	所	福岡市中央区天神 1-15-6 彩杉ビル 2F
電 話 番 号		092-724-6161

⑧ 鹿児島

会	場	鹿児島中央ビルディング 8 階 A 会議室
住	所	鹿児島市山之口町 1-10
電 話 番 号		099-225-3261

以上

平成28年度リウマチ・アレルギー相談員養成研修会受講申込書

【アンケート付】

koueki@ipm1960.org に添付メールにて送信、または、Fax:03-5638-2124 へ

※勤務先名称を必ずご記載ください。

ふりがな		職 種	医師・保健師・看護師・養護教諭 管理栄養士・栄養士・MSW 保育士・介護士・薬剤師・臨床検査 技師・調理師・一般職 その他（ ）
氏	名		
生年月日		昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
勤務 先	所在地	〒 住所 組織名称 電話： — — FAX： — —	
	所属	(課・係まで)	
	業務内容		
	E-mail	(正確なアルファベットでご記載ください)	
受講希望会場		※いずれかを○で囲んでください。 東京・札幌・仙台・名古屋・大阪・広島・福岡・鹿児島	
備 考		※全日程でのご参加を基本とします。特別な事柄がある場合以下にご記載願います。	

- リウマチ・アレルギー相談員養成研修会に以前に出席したことがありますか？ (○印で囲む)
 - ある → 何年頃参加されましたか？ (年)
 - ない → 他の似ている内容の研修会に参加したことが
 - ない
 - ある…研修会名称記載 ()
- 相談業務等、日頃の保健指導や診療の上で、苦慮されている内容、今回の研修で学びたい内容、その他ご要望がございましたら、具体的にご記入下さい。

- ご所属の組織において独自に実施している、リウマチ・アレルギー対策事業がございましたら、ご記入ください。また、過去の相談員養成研修会情報のご活用事例等ございましたら、あわせてご記入ください。

☆ご協力ありがとうございました