

# 新潟産業保健研究会 第22回研修会 プログラム

主催 新潟産業保健研究会  
共催 新潟県医師会 新潟県歯科医師会 新潟県産業看護部会  
新潟産業保健総合支援センター  
日本産業カウンセラー協会 上信越支部新潟事務所  
日本労働安全衛生コンサルタント会新潟支部  
日本産業衛生学会北陸甲信越地方会産業医部会

新潟産業保健研究会は、産業保健に携わる多くの専門職（産業医、産業歯科医、産業看護師・保健師、衛生管理者、作業環境測定士、事業者、総務・人事担当者、産業カウンセラー、労働安全衛生コンサルタント等）及びこれらを志す方の参加を得て、自由に意見交換を行う研究会を目指しています。

1. 日時 2017（平成29年） 12月9日（土） 14:00～18:00
2. 場所 新潟県医師会館3F大講堂 新潟市中央区医学町通2番町13番地  
※車でお越しいただく場合は、会場周辺の有料駐車場をご利用ください。
3. プログラム  
閉会の辞 興梠 建郎 新潟産業保健研究会会長 14:00

## 講演Ⅰ 人生100年時代における働き方と健康づくり 14:05～15:55

講師： 石川 善樹先生（日本ヘルスサイエンスセンター 予防医学研究者、  
医学博士、Campus for H 共同創業者、ハビテック研究所  
長）  
司会： 小坂 智恵子 （新潟産業保健研究会幹事）

日医認定産業医（生涯／実地）単位	日本産業衛生学会産業保健看護専門家制度研修単位	予定
[休憩 10分]		15:55～16:05

## 講演Ⅱ 「働き方改革」から「生き方改革」へ 16:05～17:55

講師： 神應 知道先生（新町クリニック健康管理センター 所長）  
司会： 鈴木 美和 （新潟産業保健研究会幹事）

日医認定産業医（生涯／実地）単位	日本産業衛生学会産業保健看護専門家制度研修単位	予定
閉会の辞	中平 浩人 新潟産業保健研究会幹事	18:00

## 4. 参加費

①研修会参加費 2,000円（但し会員は1,000円）

②研修単位取得希望者は、以下の追加が必要です。

・日医産業医生涯研修 講演Ⅰ 【実地】2単位 1,000円 講演Ⅱ 【実地】2単位 1,000円

## 5. 申し込み方法

次ページの入会・参加申し込み用紙を用いて、FAX：025-227-4412へ申し込み下さい。

当日受付も行いますが、なるべく事前登録をお願いします。参加費等は当日受付で御納入下さい。

## 6. 新入会員募集

次ページの入会申込票を御使用ください。入会費は無料です。

7. 新潟産業保健研究会 事務局 新潟産業保健総合支援センター内

〒951-8055 新潟市中央区礎町通二ノ町 2077 朝日生命新潟万代橋ビル 6 階

TEL : 025-227-4411 FAX : 025-227-4412

E-mail : sanpo@niigatas.johas.go.jp HP : <http://www.niigatas.johas.go.jp>

**新潟産業保健研究会 第22回研修会 (2017.12.9(土))**  
**入会・研修会参加申込票 (FAX 025-227-4412)**

【以下該当項目に○印をつけてください。□はレ印を御記入下さい。】

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_

1. 研究会入会意志 有 ・ 無 (入会費無料)  
 (※ 1) は研究会に入会されていない方のみお答えください)

勤務先 (所属)  
\_\_\_\_\_

2. 研修会参加希望 有 ・ 無  
 (参加費) □ 会員 1,000円  
 □ 非会員 2,000円

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_

3. 研修単位取得希望 有 ・ 無  
 □ 日医認定産業医生涯研修 (実地2単位) 1,000円  
 →どちらに参加しますか? (講演I・講演II)  
 □ 日医認定産業医生涯研修 (実地4単位) 2,000円  
 ※講演I・講演IIの双方に参加される場合

電話 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

※研修会当日  
 受付でご納入ください。

産業保健実務経験 \_\_\_\_\_ 年

\_\_\_\_\_ 円

職 種 ① 医師 ② 歯科医 ③ 看護師 ④ 保健師 ⑤ 衛生管理者  
 備考 ⑥ 作業環境測定士 ⑦ 事業主 ⑧ 総務・人事担当者 ⑨ 産業カウンセラー  
 ⑩ 労働安全衛生コンサルタント ⑪ その他 ( )

**第23回研修会 (2018.6 予定) 「テーマ」応募票 (質問のみも可)**  
**FAX 025-227-4412 〆切 1月31日(水)**

①表題

②提案理由

問題点 (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

③申し込み者

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

