

## 令和元年度第2回（通算・第13回） 北海道医師会 J M A T 研修会【実践編】開催のお知らせ

平成30年9月6日に発生した胆振東部地震や、全国各地での台風による風水害など、近年、自然災害が頻発しており、さらなる災害医療体制の充実・強化が求められています。

そのような中、当会では、未曾有の大災害となった東日本大震災を教訓に、今後起こりうる広域大規模災害に備え、JMAT（日本医師会災害医療チーム）活動に参加される方々を対象に、平成24年度よりJMAT研修会を開催しております。

このたび、被災地における具体的な診療や多様な関係機関・団体等との連携などについて実践的な知識を付与することにより、JMATを中心とした協調活動のあり方について認識を共有することを目的に、JMAT研修会【実践編】を以下のとおり開催することといたしましたので、ご案内申し上げます。

なお、受講人数の関係上、チームでの申込みや地域性を考慮して受講者を決定させていただく場合がございますので予めご了承ください。

1. 日 時 令和2年3月1日（日） 12:00～16:30
2. 場 所 北海道医師会館8階会議室（札幌市中央区大通西6丁目 TEL 011-231-1432）  
※駐車場はありません。
3. 研修内容
  - ・亜急性期以降における診療
  - ・疾病予防のための避難所運営（EMIS入力含む）  
※無線LAN又はWi-Fi通信回線に接続可能なノートPC・タブレット端末（スマートフォンを含む）を使用いたします。（要持参）
  - ・災害医療コーディネーター
  - ・災害救助法と避難所に関係する法令・体制
  - ・JMATの概要、JMAT活動と今後の展望
4. 受講対象 災害医療従事者  
※医師・看護師・薬剤師・医療機関事務職員、医師会職員、保健所職員、市町村職員 など  
※市町村職員が受講する場合は、地元医師会の推薦が必要です。  
地元医師会を経由して受講申込書をお送りください。
5. 受講定員 36名程度（6チーム）※チームでの申込みや地域性を考慮して受講者を決定しますが個人での申込みも可能です。  
※チーム構成例：医師1名、看護師2名、事務職員（ロジスティクス担当者）1名、薬剤師1名  
※次の研修受講者を優先いたします。  
① 北海道医師会JMAT研修会（平成24～27年度）  
② 北海道医師会JMAT研修会〔基礎編（平成28～令和元年度）〕  
③ JMAT研修など他の災害医療研修
6. 受講料 無 料
7. 受講申込 裏面申込書に必要事項を記入の上、1月22日（水）までにお申込みください。
8. 受講通知 事前にFAX又はメールにより受講の可否をお知らせいたします。
9. 受講修了証 受講者には、北海道医師会長名の受講修了証を交付いたします。
10. 託児室 託児を希望される方は、申込書に必要事項を記載願います。  
なお、事前に申込みがない場合は託児室を設置いたしませんので予めご了承ください。
11. お申込み・問合せ先 〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会 事業第三課  
TEL 011-231-1726 FAX 011-210-4514 E-mail qqiryoy@m.dou.jp
12. その他 本研修会は日医生涯教育講座3.5単位として算定できます。  
（CC：10. チーム医療、12. 地域医療、14. 災害医療）

事業第三課 行

FAX 011-210-4514 E-mail qqiry@m.dou.jp

令和元年度第2回北海道医師会 J M A T 研修会【実践編】参加申込書

所属機関名			
連絡先住所	(自宅・所属機関) ※該当に○をお付けください。 〒		
(連絡担当者) ※受講の可否を お知らせします。	氏名:	ふりがな:	
	役職名:	職種:	
	T E L:	F A X:	
	E-mail:		

受講申込者

職 種 ※医籍登録番号は医師のみ記載	診療科・役職名	(ふりがな) 氏 名	※研修受講歴	
			有 無	研修会名
(※医籍登録番号 )	診療科: 役職名:		有・ 無	1・2・3 ( )
(※医籍登録番号 )	診療科: 役職名:		有・ 無	1・2・3 ( )
(※医籍登録番号 )	診療科: 役職名:		有・ 無	1・2・3 ( )
(※医籍登録番号 )	診療科: 役職名:		有・ 無	1・2・3 ( )
(※医籍登録番号 )	診療科: 役職名:		有・ 無	1・2・3 ( )

※研修受講歴について、有の場合は、以下に該当する研修会の番号に○を付してください。

なお、3番に該当する方は研修会名を( )に記載してください。

1. 北海道医師会JMAT研修会(平成24~27年度)
2. 北海道医師会JMAT研修会[基礎編(平成28~令和元年度)]
3. DMAT研修など他の災害医療研修

託児室の利用	保護者およびお子さまの氏名・ふりがな		お子さまの年齢・性別 歳 (男・女)
	(保護者)	(お子さま)	

※申込書に記載いただいた個人情報は、原則として本研修会関係者(担当役職員、講師等)の間のみで使用し、それ以外には使用いたしません。