

## 主治医研修会のご案内

新潟県医師会では標記研修会を下記のとおり開催することといたしました。

この研修会は、要介護認定および要支援認定にかかる審査判定の重要な資料である主治医意見書の記載がより適切に行われ、もって適切な要介護認定が実施されることを目的としております。

ご参加を希望される場合は、別添参加申込書に必要事項をご記入の上、FAX又はメール等にて2月7日（金）までに本会業務課あてお申し込みください。

### 記

1. 日 時 令和7年2月16日（日） 14時～16時30分
2. 会 場 新潟県医師会館 3階 大講堂
3. 対 象 医療・介護関係者、病院職員、ケアマネジャー、市町村職員 等  
※主治医が最終的に確認し署名することを条件に、看護師等の医療関係者や医師事務  
作業補助者等が主治医意見書の記載を代行することが可能とされております。
4. 開催方法 ハイブリッド形式（現地会場参加およびWEB参加の併用）  
【Zoom ミーティングを使用いたします】  
⇒後日、ご指定のメールアドレスへ、ID・パスコードをお知らせいたします。
5. 定 員 50名（新潟県医師会館での参加の場合）
6. 研修内容（講演形式）
  - 1) 「主治医意見書等について」  
新潟県福祉保健部 高齢福祉保健課 担当者
  - 2) 「認知症の診断と治療について」  
白根緑ヶ丘病院理事長・病院長 佐野英孝 先生
7. 問い合わせ 新潟県医師会 業務課  
TEL：025-223-6381 FAX：025-224-6103  
メール：gyoumu@niigata.med.or.jp

送信先 新潟県医師会 業務課  
FAX : 025-224-6103 メール:gyoumu@niigata.med.or.jp

## 主治医研修会 参加申込書

日時：令和7年2月16日（日）14時～16時30分

会場：新潟県医師会館 3階 大講堂

開催方式：ハイブリッド形式（現地会場参加および Web 参加の併用）

参加をご希望される方は、以下の必要事項をご記入のうえ、2月7日（金）までに、  
県医師会業務課宛てに FAX・メール等にてお申込みください。

|                                            |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所属施設名                                      |                                                                                                                                                  |
| 住 所                                        | 〒<br><br>TEL<br>FAX                                                                                                                              |
| (ふりがな)<br>氏 名                              | (職種)                                                                                                                                             |
| E-mail                                     | ID・パスコードのほか、変更事項等をご連絡させていただく場合もありますので、 <u>ご確認いただけるメールアドレスを記載ください。</u><br>⇒メールアドレスは、誤りやすい文字（英小文字の l（エル）と数字の 1（イチ）等）には、ルビを振ってください。<br>E-Mail _____ |
| 参 加 申 込<br>※ご希望の<br>参加方法へ<br>☑をお付け<br>ください | 【参加方法】<br><input type="checkbox"/> ①現地会場（新潟県医師会館）での参加を希望する<br><input type="checkbox"/> ②Web 会議システム(Zoom)での参加を希望する                                |

- ※1 現地会場の参加申込が定員を超えた場合は、人数を調整させていただきます。  
調整が必要な場合は、ご連絡いたします。
- ※2 Web 会議システム（Zoom）での参加を希望される方は、後日 ID・パスコードをご指定のメールアドレスへ連絡いたします。
- ※3 Zoom ID・パスコード等は、メール（gyoumu@niigata.med.or.jp）より送信いたしますので、本アドレスからのメールを受信できるよう設定をお願いいたします。  
（自動的に迷惑メールフォルダに振り分けられている場合があります。）