

平成22年度 **指定医等**に対する**講習会実施要領**のご案内

1. 開催日時
6月 4日(金) 10:00～17:00
6月 5日(土) 09:30～17:00
6月 6日(日) 09:00～13:00
2. 開催場所
羽田空港**第1ターミナルビル6F**「ギャラクシーホール」
東京都大田区羽田空港 3-3-2 TEL 03-5757-8181
3. 講習内容
別紙：カリキュラムのとおり
4. 受講対象者
 - (1) 指定医の指定を受けようとする者
 - ア. 指定の更新を希望する者(指定期限が平成22年9月30日までの指定医に限ります。)
*** 更新申請者の受講については、2日目の全講義出席が必要となります。**
 - イ. 新たに指定を希望する者(航空身体検査指定機関に所属する医師または航空身体検査指定機関の指定を申請しようとしている医療機関等に所属する医師に限ります。)
*** 新規申請者の受講については、1日目から2日目までの全講義出席及び3日目の実習参加が必要となります。**
 - (2) 航空身体検査指定機関の実務管理者または航空身体検査指定機関の指定を申請しようとしている医療機関等の実務管理者就任予定者(新規、更新を問わず自由参加です。)
*** 実務管理者の受講については、1日目のみとなります。**
5. 受講申し込み及び受講費用払い込み方法
 - ① 別添「**受講申込書**」により **5月14日(金)迄に必着**するよう申し込んで下さい。
 - ② 受講費用として、お1人様 6,000円(含 実務管理者)を徴収させていただきます。
「受講申込書」受領後直ちに受付通知を送付しますので、内容ご確認のうえ本書**同封の「郵便払込取扱票」**又は**下記の銀行口座に5月21日(金)迄に払い込み**手続き方お願いいたします。
○銀行名及び口座番号 みずほ銀行 蒲田支店(197) 普通預金 1325988
○上記口座の名義人 財団法人 航空医学研究センター 理事長 莊 司^{しょう} 暁^{あき}夫^お
③ **受講費用は各指定機関に所属される参加者全員分を取りまとめて払い込んで下さい。**
6. 講習会の出席確認
 - ① 講習会の**初日(4日)又は2日目(5日)**に、所属指定機関及び参加者氏名を記載した「**名札**」を**新規の方1人につき5枚(2枚×2.5日)、更新受講者及び実務管理者一人につき2枚(2枚×1日)配布**いたしますので、初日及び2日目の午前・午後、3日目の午前の5回(更新の場合は2回)にわたって、**入場時に当該名札を1枚ずつ指定する箱に投函**して下さい。
 - ② この間、昼食・お手洗いについての出入りは自由です。
7. その他
 - ① **1日目及び2日目の昼食**については、ターミナルビル内のレストラン等を利用して頂きますようお願いいたします。
 - ② なお、本案内は、新規、更新にかかわらず全指定機関にさせて頂いております。

※上記に関する窓口：航空医学研究センター 03-5756-9070 水野、小田
Eメールによる相談 seminar2010@aeromedical.or.jp

平成22年度指定航空身体検査医等に対する講習会カリキュラム

区 分	時 間	科 目
1 日 目 6 月 4 日（金）	1 0 : 0 0 ~ 1 1 : 0 0 1 1 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0 1 3 : 0 0 ~ 1 5 : 3 0 1 5 : 4 5 ~ 1 6 : 4 5 1 6 : 4 5 ~ 1 7 : 0 0 1 7 : 0 0	受 付 開 始 開 講 我が国の航空身体検査証明について （制度、証明手続等） 昼 食 我が国の航空身体検査証明について （身体検査基準、マニュアル、通達等） 航空医学（一般） 第3日目の実習の進め方について 第1日目終了
2 日 目 6 月 5 日（土）	0 9 : 3 0 ~ 1 0 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0 1 3 : 0 0 ~ 1 6 : 3 0 1 6 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 1 7 : 0 0	受 付 開 始 航空身体検査証明を巡る最近の状況 昼 食 航空医学 質疑応答、その他 第2日目終了
3 日 目 6 月 6 日（日）	0 9 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 1 3 : 0 0	実技演習等 ①眼科及び耳鼻咽喉科 ②模擬操縦装置体験 閉 講

※ カリキュラムは参考で変更となる場合があります。
新規の申請者が多い場合には、3日目の模擬操縦装置体験実習が午後に及ぶ場合があります。

平成22年度 指定航空身体検査医等に対する講習会 受講申込書

1.医療機関名

名称	
所在地	
電話	
FAX	
ご担当	所属氏名

※FAX番号とご担当者名は必ず記入願います。
確認通知等をFAXにて返信いたします。

2.受講希望者

医 師

氏 名	役 職	更新・新規の別
フリガナ		更 新 ・ 新 規
フリガナ		更 新 ・ 新 規
フリガナ		更 新 ・ 新 規
フリガナ		更 新 ・ 新 規

※「更新」の対象者は有効期限が平成22年9月30日の指定医であり、
有効期限が平成23年以降である指定医の更新手続きは不要です

実務管理者又は実務担当者

氏 名	役 職
フリガナ	
フリガナ	
フリガナ	

申込締切 5月14日 (金) 必着 (FAX、又は郵送に限る)

受講者数の把握、会場設営等事務処理の都合上、FAXは早めにお申し込み頂きますようお願いします。

送付先：〒144-0041 東京都大田区羽田空港3-5-10

財団法人 航空医学研究センター

TEL : 03-5756-9070 FAX : 03-5756-9071

※(財)航空医学研究センターは「指定航空身体検査医等に対する講習会」に関する事務の一部を国土交通省から受託してます。

整理番号