

「第4回JMATおかやま研修会」の開催について

平素は県医師会の会務並びに事業にご協力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、本会では我が国で起こりうる様々な災害に対して医療支援活動を行うために必要な知識と技術を習得することを目的としてJMATおかやま研修会を開催いたします。

積極的なご参加をお待ちしています。

記

- 日時：令和2年2月23日（日） 9時30分～17時30分
- 場所：川崎リハビリテーション学院8階 講堂（川崎医科大学附属病院 北館棟）
（岡山県倉敷市松島577番地）
- 主催：岡山県医師会・川崎医科大学附属病院救急科
- 募集：30名 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、医療調整員（ロジスティック）等
※医療調整員について
災害医療現場における医療調整員の資質の担保は、災害医療救護活動の要となるものと考えその他事務の方の参加も特に歓迎する。
- 参加費：無料
- 内容：医療救護班（JMAT）に必要な知識、パソコン等を使用したEMIS入力等の講義、派遣JMAT活動の机上シミュレーション実習等
- 申込方法：
 - 「Web申込フォーム」でお申込の場合
（できるだけこちらをご利用ください）
URL：<https://forms.gle/dMXXXfzbHxdY2Sdz6>
（県医師会ホームページのトップページ掲載チラシより）
 - 「メール」でお申込みの場合
以下ご記入のうえお送りください。
送信先：chiiki@po.okayama.med.or.jp
件名：「JMAT おかやま研修会参加申込み」
本文：①医療機関名 ②住所 ③電話番号 ④氏名（ふりがな） ⑤職種
⑥メールアドレス ⑧生年月日 ⑨医籍番号（非会員の医師のみ）
 - 「FAX」でお申込みの場合
FAX申込書にご記入のうえFAX 086-251-6622宛てお送りください。
- 申込締切：令和2年1月17日（金）
定員となり次第締め切らせていただきます。
- 参加確定：1月下旬にご記入のメールアドレスに参加可否のご連絡をいたします。
（「〇〇〇@po.okayama.med.or.jp」からメールいたします。）
- 備考：
 - ※ 昼食・飲み物等は県医師会で用意いたします。
 - ※ 動きやすい服装、運動靴等ご持参ください。
 - ※ ノートPC、タブレット端末をお持ちの場合はご持参ください。（貸出あり）
- 問合せ先：岡山県医師会 TEL 086-250-5111（代）

Web 申込フォーム



第4回JMATおかやま研修会 プログラム

日時：令和2年2月23日（日） 9：30～17：30

場所：川崎リハビリテーション学院 8階 講堂
(川崎医科大学附属病院 北館棟)

時間		内容	講師
09:00-09:30	30	受付	
09:30-09:40	10	挨拶・オリエンテーション	岡山県医師会 会長 松山 正春 川崎医科大学附属病院 救急科副部長 井上 貴博
09:40-10:10	30	講義Ⅰ 災害医療概論	岡山赤十字病院 石井 史子
10:10-10:40	30	講義Ⅱ JMAT	岡山県医師会理事 榊原 敬
10:40-10:50	10	休憩	
10:50-11:20	30	講義Ⅲ 救護所・避難所の運営	岡山済生会総合病院 救急科主任医長 野崎 哲
11:20-11:50	30	講義Ⅳ 小児周産期リエゾン	岡山大学病院 救命救急科助教 塚原 紘平
11:50-12:20	30	実習Ⅰ 記録と通信	DMATロジ
12:20-13:10	50	昼食	
13:10-14:30	80	実習Ⅱ 広域災害救急医療情報システム（EMIS）	DMATロジ
14:30-14:50	20	講義Ⅴ 災害診療記録とJ-SPEED	DMATロジ
14:50-15:00	10	休憩	
15:00-17:00	120	実習Ⅲ シミュレーション 派遣JMATとしてのロジスティクスの活動	兵庫県医師会 救急・災害医療委員会委員長 小平 博
17:00-17:20	20	総括・質疑応答	
17:20-17:30	10	修了式・閉会挨拶	

※内容等が変更となる場合があります。

(2019.11.29 現在)

「第4回JMATおかやま研修会」参加申込書

日時：令和2年2月23日（日）

場所：川崎リハビリテーション学院8階 講堂

メールアドレスの記入には、o(オー) 0(ゼロ) - (ハイフン) _ (アンダーライン) の区別が付くようにご記入ください。このメールアドレスにご連絡いたします。正確にご記入ください。

医療機関名			
住 所	〒		
電話番号			
(ふりがな) ご 氏 名		職種	
メールアドレス		生年 月日	
医籍番号 (非会員医師のみ)		研修会に必要な備品 (PC、タブレット端末)	<input type="checkbox"/> 持参 ・ <input type="checkbox"/> 貸出希望
(ふりがな) ご 氏 名		職種	
メールアドレス		生年 月日	
医籍番号 (非会員医師のみ)		研修会に必要な備品 (PC、タブレット端末)	<input type="checkbox"/> 持参 ・ <input type="checkbox"/> 貸出希望
(ふりがな) ご 氏 名		職種	
メールアドレス		生年 月日	
医籍番号 (非会員医師のみ)		研修会に必要な備品 (PC、タブレット端末)	<input type="checkbox"/> 持参 ・ <input type="checkbox"/> 貸出希望

※ ノートPC、タブレット端末等お持ちで無い場合は、数に限りがございますが本会より貸出いたします。

申込先：岡山県医師会

FAX：086-251-6622

E-MAIL：chiiki@po.okayama.med.or.jp