

令和 7 年 1 2 月 2 2 日

新潟県医療ソーシャルワーカー協会
会長 坂 詰 明 広 様

新潟県医師会長
堂 前 洋一郎

主治医研修会の開催について

日頃、本会事業にご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会では県からの委託事業として、標記研修会を開催することといたしました。
つきましては、貴会会員への周知方ご高配のほどよろしくお願いいたします。

ご参加を希望される場合は、別添参加申込書をご参照の上、二次元コードまたは FAX
等にて令和 8 年 1 月 3 0 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 8 年 2 月 8 日（日） 1 4 時～ 1 6 時 3 0 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 5 0 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) 「介護保険 2 5 年と地域包括ケア」
医療法人社団上村医院理事長 上 村 伯 人 先生
7. 参 加 費 無料
8. 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 : gyomu@niigata.med.or.jp

主治医研修会参加申込書

日 時：令和8年2月8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、①二次元コードより必要事項をご入力、②以下の必要事項をご記入のうえFAX等送信、のいずれかの方法にて令和8年1月30日（金）までに、お申込みください。

①二次元コードからのお申込み



②FAX等からのお申込み【送信先 新潟県医師会業務課 FAX：025-224-6103】

所属施設名	
住 所	〒 TEL FAX
(ふりがな) 氏 名	(職種)
メー ル	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がありますので、 <u>ご確認いただけるメールアドレスを記載ください。</u> ⇒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。 メール
参 加 申 込 ※ご希望の 参加方法へ ☑をお付け ください	【参加方法】 ☐ ①現地会場（新潟県医師会館）での参加を希望する ☐ 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。）