

令和3年1月6日

関係各位

公益財団法人原子力安全研究協会

**令和2年度岐阜県  
「原子力災害時の医療に関わる研修（関係機関の対応（医療・搬送）」  
開催のご案内**

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当協会の諸活動に関しましては、平素より種々ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当協会では、岐阜県からの委託事業として、下記のとおり原子力災害時の医療対応に必要な知識の習得及び意識の醸成を図ることを目的とした研修会を開催することとなりました。

つきましては、関係者皆様方のご参加を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

**1. 研修名**

原子力災害時の医療に関わる研修（関係機関の対応（医療・搬送））

**2. 日 時**

令和3年2月23日（火・祝）10:00～17:00

**3. 場 所**

岐阜大学医学部附属病院 医学部本館1階大会議室（岐阜県岐阜市柳戸1番1）

**4. 対象者・募集人員**

医療コース：医師、看護師、診療放射線技師、事務職員等

搬送コース：消防職員、海上保安官、自衛官等

各コース20名程度（合計40名程度）

**5. 申し込み方法（参加費無料）**

参加申込書に必要事項を記入の上、FAXまたは郵送にて、

令和3年2月9日（火）までに当協会までご送付下さい。申込締切後、「参加登録票」及び「事務連絡」をFAXまたはメールにて送付します。なお、各コース定員を大幅に超える場合は受講者数を調整する場合もございます。予めご了承下さい。

## 6. プログラム

10:00～10:10 開会 オリエンテーション

10:10～11:00 講義 1 放射線の基礎知識／人体への影響と放射線防護

11:10～12:00 講義 2 原子力災害医療に対する医療機関の対応

12:00～13:00 休憩

13:00～13:50 実習 1 医療活動に必要な放射線測定

14:00～16:40 実習 2 【選択制】

＜医療コース 医療機関の対応＞（医学部本館 1 階大会議室）

- ・実習ガイダンス
- ・処置室の汚染防止措置
- ・装備の装着、脱衣
- ・除染を含む医療処置 等

＜搬送コース 被ばく傷病者等の搬送＞（医学部本館 1 階小会議室）

- ・実習ガイダンス
- ・装備の装着、脱衣
- ・ストレッチャーの養生
- ・汚染を伴う傷病者の対応 等

16:40～17:00 質疑応答／閉会

## 7. 新型コロナウイルス感染症対策

研修会開催にあたり、新型コロナウイルス感染症対策として以下の対策をとります。

- ・開始前の机等のアルコール消毒の実施
- ・受付にて検温を実施（37.5度以上の方は参加をお断りさせていただきます）
- ・会場入口にアルコール消毒液を設置
- ・参加者同士のスペースを確保し、室内の換気を行う

※参加にあたって、マスクの着用、手指の消毒、咳エチケット、まめな手洗いの励行など、感染症予防対策にご協力ください。

※下記項目に該当する方は、感染予防の観点から、自主的にご欠席することを検討くださいますよう、よろしくお願いいたします。（状況により受講をお断りすることがございますので、御了承ください。）

○咳や発熱等の症状があり、体調が優れない方

○研修会開催前の2週間以内に、新型コロナウイルス感染症陽性となった方と濃厚接触をされた方

○過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航をした方、又は渡航をした方と濃厚接触した方

## 8. その他

- ・交通費、昼食等は各自でご負担願います。
- ・当日会場等の詳細については申込締切り後の参加登録票にてご案内差し上げます。

以上

問合わせ先・参加申込先：

（公財）原子力安全研究協会 放射線災害医療研究所 平嶋

TEL：050-9001-2842、FAX：03-5470-1978、E-mail:hirashima@nsra.or.jp

# 令和2年度岐阜県原子力災害時の医療に関わる研修

(2/23開催：関係機関の対応)

## 会場のご案内



## 岐阜大学医学部附属病院 医学部本館 1 階 大会議室

(岐阜県岐阜市柳戸 1 番 1)

### 〈アクセス〉

- ・岐阜大学医学部附属病院行きのバス乗り場は、JR岐阜駅長良口の9番、名鉄岐阜駅4番、5番乗り場です。

#### 【JR岐阜駅】

9番 岐阜大学方面行き（長良橋経由、忠節経由）

#### 【名鉄岐阜駅】

4番 岐阜大学方面行き（長良橋経由）

5番 岐阜大学方面行き（忠節経由）

- ・お車をご利用の際は、患者用駐車場をご利用ください。（駐車整理料金が別途必要です）

## 参加申込書

受講について(希望するコースに✓を入れてください)

( ☐ 医療コース ☐ 搬送コース )

氏名:

所属機關:

**部署：**

役職・職種：

勤務先住所: (〒      -      )

勤務先 電話番号:

FAX番号:

E-mail:

受講履歴 ※原子力災害医療に関する研修等(原子力災害時医療対応研修、緊急被ばく医療講座など)の受講の有無について教えてください

有 (研修・講座名※) ・ 無

※複数回受講されている方は、直近のものを記載してください。

◎必要事項を記入の上、上記宛先までFAX又は郵送にてお送り下さい。(2月9日(火)〆切)

◎申込締め切り後に、折り返し回答書をFAXにてお送りいたしますので、太線枠内(特にFAX番号)は可能な限りご記入下さい。

◎同組織で複数名のお申込みがある場合は、本紙を複写の上、ご記入いただきますようお願いいたします。

◎ご記入いただきました個人情報、当研修会業務以外には使用いたしません。