

## 純音（気導）聴力検査研修会のご案内

|       |   |
|-------|---|
| 日 程   | 平成23年11月21日（月）～22日（火）   |
| 会 場   | ホテルJALシティ田町<br>〒108-0023 東京都港区芝浦3-16-18 TEL03-5444-0202   |
| 講習概要  | 騒音障害防止のためのガイドラインに基づき実施される健康診断の聴力検査（オーディオメーターによる250、500、1000、2000、4000、8000ヘルツ）における純音（気導）聴力検査に必要な専門知識・技術を修得するための研修です。  |
| 対象者   | 臨床検査技師、看護師等   |
| 定 員   | 60名   |
| プログラム | 【別紙】のとおり  |
| 受講料   | <input type="checkbox"/> 会 員 機 関 35,000円/名(税込)<br><input type="checkbox"/> 精度管理事業参加機関 55,000円/名(税込)<br><input type="checkbox"/> そ の 他 60,000円/年(税込)<br>※昼食代込み |
| 申込方法  | <b>【別添】</b> 申込書に必要事項を記載のうえ、FAXにてお申し込みください。<br>なお、申込書は受講者個人ごとに作成願います。<br><b>FAX 03-5442-5937</b>   |
| 申込期限  | 平成23年11月11日(金)  |
| 備 考   | 騒音業務に係る特殊健康診断の純音（気導）聴力検査従事者の必須研修です。   |

公益社団法人 全国労働衛生団体連合会

## 純音(気導)聴力検査研修会プログラム

日 程：平成23年11月21日(月)～22日(火)  
会 場：ホテルJALシティ田町 東京  
〒108-0023 東京都港区芝浦3-16-18

### 第1日【11月21日(月)】

- 9:00～9:05 開講挨拶 日本耳鼻咽喉科学会産業環境保健委員長  
関東労災病院 院長 調所 廣之
- 9:05～9:10 オリエンテーション 全衛連事務局
- 9:10～10:10 「労働衛生の考え方」  
独立行政法人 労働者健康福祉機構 千葉産業保健推進センター 所長 能川 浩二
- 10:10～11:00 「騒音性障害防止のためのガイドラインについて」 調所 廣之
- 11:10～12:10 「聴器の解剖・生理」 昭和大学耳鼻咽喉科 准教授 小林 一女
- 12:10～13:00 ー 昼食 ー
- 13:00～14:30 「音とオーディオメーター」 リオン(株) 営業技術課 箭原 章雄
- 14:30～15:30 「選別聴力検査」 調所 廣之
- 15:40～16:30 気導聴力検査(1) 基本的な測定法 日本医科大学耳鼻咽喉科 教授 馬場 俊吉
- 16:35～17:30 気導聴力検査(2) オーディオグラムと難聴 馬場 俊吉

### 第2日【11月22日(火)】

- 9:00～11:30 オーディオメーターによる実習 調所 廣之  
馬場 俊吉  
聴力検査士 赤穂 悦子  
聴力検査士 小澤 美緒  
ほかメーカー技術スタッフ
- 11:30～12:30 聴覚管理の基本(記録の保管と労働者の教育等) 調所 廣之
- 12:30～13:30 ー 昼食 ー
- 13:30～14:50 修了試験 調所 廣之  
馬場 俊吉  
赤穂 悦子  
小澤 美緒
- 14:50～14:50 試験問題の解説 調所 廣之
- 14:50～15:00 講評・修了証授与 調所 廣之

# 純音（気導）聴力検査研修会受講申込書[FAX用]

[研修会開催日：平成23年11月21日(月)～22日(火)]

申込ファックス番号：03-5442-5937

申込年月日：平成 23年 月 日

|             |   |            |  |
|-------------|---|------------|--|
| 施設コード* (5桁) |   | ※受付 No.    |  |
| フリガナ        |   | □ 性別 男 ・ 女 |  |
| 受講者氏名       |   |            |  |
| 職種          | 1. 臨床検査技師 2. 看護師<br>3. その他 ( )  |            |  |
| 勤務先         |   |            |  |
| 所属部署        |   |            |  |
| 勤務先所在地      | 〒 —   |            |  |
| 連絡先 (担当者)   | ※連絡先 (受講票・請求書送付先)<br>Fax : _____ Tel : _____<br><br>※担当者 (いずれかにチェック)<br><input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 窓口 : 部署名 _____ 氏名 _____             |            |  |
| 受講料         | <input type="checkbox"/> 会 員 機 関 35,000 円/名 (税込)<br><input type="checkbox"/> 精度管理事業参加機関 55,000 円/名 (税込)<br><input type="checkbox"/> そ の 他 60,000 円/名 (税込)<br>※昼食代込み |            |  |

- \* お申込みは、研修会開催日3か月前（9月1日）から受付けます。
- \* お申込みは、ファックスにて一人一枚でお願いします。
- \* 受講を受け付けましたら、受講票と請求書をファックスにて送付します。
- \* 受講料は、請求書が届きましたらお振り込みください。

