

**精神分析  
医学生・研修医セミナー  
2020 開催のご案内**

このたび、医学生ならびに研修医を対象とした「精神分析医学生・研修医セミナー2020」を開催します。

第12回を迎えます本セミナーは、臨床医をめざす医学生・研修医に、人間の心を深く見つめる精神分析の世界について、充実した内容をコンパクトに解説するものです。

講師はいずれもこの領域における第一人者です。

生物学的方法論がもてはやされる今日においてもなお、欧米の医学教育、とりわけ精神医学教育において、精神分析的視座は、人間の心を理解し、治療的に関わる上で必須の素養として共有されています。

本セミナーが、この領域における、必ずしも十分とは言えないわが国の医学教育の現状を補完し、受講者にとって、実り豊かな精神分析の世界への関心と理解を深める契機となれば幸いです。

**主催：**小寺記念精神分析研究財団

**講師：**

北山 修 (北山精神分析室)  
白波瀬丈一郎 (済生会中央病院)  
高野 晶 (心の杜・新宿クリニック)  
藤山 直樹 (個人開業)  
池田 暁史 (文教大学／個人開業)

**事務局：**小寺記念精神分析研究財団 (担当:大原)

**日程：**2020年11月22日(日)、23日(祝・月)  
**会場：**小寺記念精神分析研究財団セミナー室  
(東京都新宿区四谷3-4, SCビル6階)  
地下鉄丸の内線「四谷三丁目」徒歩3分  
JR線「四谷」徒歩10分

**参加資格：**医師ならびに医学生

**定員：**30名  
(研修医／専攻医, 医学部5,6年生を優先)

**参加費：**  
セミナー：医師；12,000円, 学部生；7,000円  
(分析家オフィス見学ツアーは任意：交通費自己負担)  
懇親パーティ(会場未定：財団近く)  
：医師；3,800円, 学部生；2,800円  
(欠席の場合も参加費は返還致しませんので、予めご了承下さい)

**申込期限：**2020年11月9日(月)必着  
(定員になり次第締切らせていただきます)

**申込方法：**「参加申込書」(本状裏面) 所定欄にご記入の上、E-mail, FAX, または郵便で下記申込先にお送り下さい。

折り返しご参加の可否を返信します。ご参加いただける場合には、期日内に指定の口座に参加費をお振込み下さい。  
振込みが確認された時点で受付を確定します。

**申込/問合せ先：**〒160-0004  
東京都新宿区四谷3-4, SCビル6階  
小寺記念精神分析研究財団

FAX：03-3350-9749, E-mail：koder.kt@nifty.com

**お願い：**事務局への電話によるお問い合わせはご遠慮下さい。お問い合わせはE-mail, FAXまたは郵便でお願いします。

**【プログラム】**

**第1日目：11月22日(日)**

司会：池田暁史

9:50 開会の挨拶 北山 修

10:00 講師：北山 修  
～11:30 「フロイトとの対話」

11:40 講師：池田暁史  
～13:00 「精神分析との出会い」  
— (昼 休 み) —

14:00 講師：池田暁史  
～15:40 「基礎と実際Ⅰ—治療開始から  
関係性の展開まで」  
— (休 憩) —

15:50 講師：白波瀬丈一郎  
～17:30 「精神分析と精神医学」

18:00～ 懇親パーティ 《場所は未定》

**第2日目：11月23日(祝・月)**

司会：池田暁史

10:00 講師：高野 晶  
～11:40 「基礎と実際Ⅱ—治療介入と変化・終結」  
— (昼 休 み) —

12:50 講師：藤山直樹  
～14:30 「精神分析家になること、  
精神分析家として生きること」

14:40 症例提示/解説：未定  
～16:40 討論：藤山直樹  
「症例に学ぶ」

16:40 閉会の挨拶 藤山直樹

17:10  
～17:40 「精神分析家オフィス見学ツアー」  
(藤山直樹のオフィス；原宿)

# 精神分析医学生・研修医セミナー2020 参加申込書

本申込書（コピー可）にご記入の上、下記宛に E-mail, FAX, あるいは郵便でお送り下さい。

E-mail : kodera.kt@nifty.com                      FAX No. : 03-3350-9749

※申し込み期限 11月9日必着

〒160-0004 東京都新宿区四谷 3-4, SCビル 6階

小寺記念精神分析研究財団

申込日 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

次の企画に参加を希望します（参加希望項目の頭に○をお付け下さい）。

- ・ 精神分析研修医・医学生セミナー
- ・ 分析家オフィス見学ツアー
- ・ 懇親パーティー

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_, 男 ・ 女

連絡先住所（ 自宅 ・ 勤務先 ）

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_, 携帯 : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_, E-mail : \_\_\_\_\_

医学生の方 ⇒ 所 属 : \_\_\_\_\_大学

医学部 : \_\_\_\_\_年在学

医師の方 ⇒ 研修医 ・ 専攻医 ・ 大学院生 ・ その他 （該当項目に○をお付け下さい）

勤務先名 : \_\_\_\_\_

勤務先所在地（都道府県名） : \_\_\_\_\_

卒業年 : \_\_\_\_\_年, 卒後研修 \_\_\_\_\_年目

本セミナーをどのようにして知りましたか？該当する箇所に○を付けて下さい。

郵便 ・ ホームページ ・ ポスター ・ メール ・ 知人の紹介 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

※記載いただいた個人情報は、セミナーのご連絡及びご案内のみに使用いたします。