医師会員募集趣意書

特定非営利活動法人 関西GICネットワーク

医師会員への入会お願いの趣意

特定非営利活動法人 関西GICネットワーク

理事長　　康　　純　（関西大学 保健管理センター 所長）

副理事長　織田　裕行　（きじまこころクリニック　院長）

理事　　丹羽　幸司　（ナグモクリニック大阪　理事長）

理事　　佐久間　航　（さくま診療所　院長）

理事　　堀　　貴晴　（新淡路病院　副院長）

理事　　東田　展明　（みやこ法律事務所）

監事　　山田　妃沙子（関西医科大学総合医療センター 精神保健福祉士）

http://www.kgn.or.jp/
特定非営利活動法人 関西 GIC ネットワーク 事務局
〒530-0001 大阪市北区梅田 2-6-20　パシフィックマークス西梅田 14Ｆ
ナグモクリニック大阪（梅田ガクトホール）内
TEL　06-6346-0569　FAX　06-6346-5095
E-mail　info@kgn.or.jp

我が国における性同一性障害（Gender Identity Disorder, GID）に関する公的な医療は、平成１０年１０月１６日、埼玉医科大学において施行された性別適合手術から始まり、以後、次第に臨床活動が普及するようになりました。
それとともに、性同一性障害も社会的に認知されるようになって来ました。
そして、平成１５年７月に「性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法

律」が成立し、翌１６年７月から施行されました。
これにより性同一性障害者は一定の条件のもとで、戸籍の性別変更が可能になり、性同一性障害に悩む方々にも展望が開けたといえます。

しかし、我が国に１万人以上いるといわれている性同一性障害者に対応出来る医療従事者は極端に少ない現状があり、また、性同一性障害に対する社会的認知も十分とはいえない状況が続いております。

そこで私達は、平成１８年４月に、性同一性障害の治療と研究、医療従事者の育成、当事者への情報提供と交流の場の提供等を目的として、「関西GICネットワーク」という任意団体を作り、同年７月、医療従事者や性同一性障害者等を集めて講演会形式のセミナーを開催し、以後毎年同様の会を年１回開き好評を得てまいりました。平成22年7月には、さらなる事業の拡大および永続性を図るため、特定非営利活動法人化いたしました。

性同一性障害者が、全国どこに住んでいても同じ治療が安全に受けられるよう、私達はさらに研究を重ね、情報を発信し、普遍的な医療の確立に微力ながら寄与していく所存であります。

先生方とともに当法人の趣意を全う致したく、当医師会員へのご入会を賜りたく存じます。何卒、宜しくお願い申し上げます。

事業内容

１）医療従事者への講習会

認定GID専門医師、認定GID専門医療従事者の育成を目指します。

２）身体治療判定会議

日本精神神経学会が定めた「性同一性障害に関する診断と治療のガイドラ

イン第四版」に準拠し、その患者様が身体的治療を受けるべきかどうかを検討するために、各分野の専門医と外部有識者（法曹・社会学など）から成る会議を定期的に開催します。

☆会員相互に連携を取れる環境を提供します。

３）学術研究

科学的根拠に基づく普遍的治療法の確立、とりわけホルモン治療のガイドライン策定を早急の課題とします。

４）市民フォーラム

得られた最新の知見を、当事者のみならず一般者に対して、正しく伝える場を提供します。

５）会員への情報提供

当法人で得られた医療情報を、ＧＩＤ当事者および医師会員へ提供します。特に、ジェンダー外来を行う精神科医院、ホルモン治療取り扱い医療機関の情報を提供します。

会費について

１）入会金

10,000円

２）年会費

5,000円

☆ご入会賜りました会員様の貴院名 または 御芳名を当法人ホームページ内におきまして、公表させていただきます。（公開許諾の場合）

会費の振込先

三井住友銀行　西野田支店（店番号１１９）　普通口座
《口座番号》７１９８００２
《名義》特定非営利活動法人　関西ＧＩＣネットワーク
（トクテイヒエイリカツドウホウジン　カンサイジーアイシーネツトワーク）

【事務局】

特定非営利活動法人 関西GICネットワーク 事務局

〒530-0001 大阪市北区梅田2-6-20　パシフィックマークス西梅田14Ｆ

ナグモクリニック大阪（梅田ガクトホール）内

TEL　06-6346-0569　　FAX　06-6346-5095

E-mail　info@kgn.or.jp

事務局担当理事　丹羽　幸司

特定非営利活動法人 関西GICネットワーク
理事長　康　純　殿

医師会員 入会申込書

趣意に賛同し、次の通り入会の申込みをします。

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-Mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医籍登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先公開許諾　　許　　否

（当ホームページ上での公開許諾です。どちらかに○をお付けください。）