

平成28年度 診療所スタッフのスキルアップ研修（東京）

診療所医療安全管理体制の整備、院内感染対策の体制の確保のための
「従業員に対する院長の年2回程度の研修実施義務」

（医療法第6条の12）に代わる外部研修に該当する研修です

研修終了後に修了証を発行いたします

既にご存じのとおり、院長は、医療法に規定される「医療の安全を確保するための措置」「院内感染防止対策等」の研修を年2回程度実施し、職員はそれらの情報を共有することが定められております。

当研究会ではこれに対応すべく毎年研修を開催し、好評を得ております。今年は下記のテーマにて開催いたします。多くの方からの参加申込をお待ちしております。

※この研修は、診療所の職員の方を対象にした内容となります。それ以外の方がお申込頂く場合は、その旨ご了承下さい。

日時：平成28年6月25日(土) 14:00～16:40 (受付13:30～)

場所：BIZ新宿（新宿区立産業会館） 1F 多目的ホール（別紙御参照下さい）

参加費：5,000円（お一人様/税・資料代込）

※全国地域医業研究会一般会員からのご紹介の方は優待価格1,000円（お一人様）となります。
申込用紙の紹介当会会員事務所名記載欄に必ず、紹介会員名を記載ください。記載のない方は優待価格とはなりません。

第1部

スタッフのプロ意識によって守られる医療安全

【講師】人材教育研修コンサルタント GCDF-Japanキャリアカウンセラー 三友 祥実 先生

- ① 診療所スタッフの仕事は人工知能(AI)に取って代わられる？
- ② 接遇研修やマニュアルどおりに対応しても満足しない患者様
- ③ プロ意識が支える医療安全

第2部

活動が見える診療所の医療安全対策

【講師】筑波大学附属病院 総務部経営戦略課 専門員 池袋 昌子 先生

- ① 現場の工夫と組織の体制
- ② 医療従事者の協働と連携
- ③ 患者さんと医療従事者のパートナーシップ

平成28年度 診療所スタッフのスキルアップ研修（東京）参加申込書

| | | |
|-----------------------|---|---|
| 【日 時】 | 平成28年6月25日(土) 14:00~16:40 (受付 13:30~) | |
| 【参加費】 | 5,000円 /お一人様 (税、資料代込) 会員からの紹介の方は 1,000円/お一人様 (税、資料代込) ※紹介の方は必ず紹介会員事務所名記載欄に会員名を明記下さい。記載のない方は 5,000円となります。 | |
| 【会 場】 | BIZ新宿 (新宿区立産業会館) 1F 多目的ホール 東京都新宿区西新宿 6-8-2 | |
| 【定 員】 60名 (先着順) | | <p>【会場TEL】 03-3344-3011</p> <p>【アクセス】 丸ノ内線 西新宿駅 2番出口 徒歩5分</p> <p>都営大江戸線 都庁前駅 C8出口 徒歩3分</p> <p>※専用駐車場はございません。 公共交通機関をご利用下さい。</p> |

※ 先着順に申し込みを受け付けます。申込時点で定員によりご参加ができない場合のみこちらから連絡を致します。
 ※ 資料作成の関係上申込書は必ずFAXにて申込締切までにお送り下さい。
 ※ 受付は30分前より開始します。これより前の時間には入場することが出来ませんのでご注意ください。
 ※ お申込みいただいた個人情報については、セミナー講師、当会会員へ提供する場合があります。また、お預かりした情報は今後のセミナー等の御案内に活用させて頂くことがあります。記入していただきました情報については当会個人情報保護方針に則り、お申込み頂いた方の承諾なく上記以外の第三者に開示・提供することはありません。

**お申込み頂いた方には
6月17日頃に受講票を
FAXにて送信予定です。**

【主催・お問い合わせ】 **一般社団法人 全国地域医業研究会** 〒104-0032 東京都中央区八丁堀 2-19-6-4F
 TEL 03-6222-8749 FAX 03-6222-8748 Mail:chiken-honbu@e-coba.jp HP:http://www.e-coba.jp

申込記載欄 各項目省略せずに正確にお書き下さい。

申込締切 平成28年6月16日(木)

| | |
|--|--|
| 診療所名 (ふりがな) | 御出席者氏名及び役職 (ふりがな) ※ 修了証の宛名となりますので、氏名を正確にご記入下さい。 |
| 御住所 (〒) | 計 () 名 |
| TEL | FAX |
| 紹介会員事務所名記載欄 ※会員名の記載のない場合及び記載事務所が一般会員に該当しない場合は参加費が 5,000円となりますので、ご了承ください。 一般会員名： | 所在地： |

お申込先 FAX 03-6222-8748 (全国地域医業研究会)