

会員各位

令和元年 11 月 27 日
(公社) 日本医業経営コンサルタント協会
会長 永山 正人

地域研究交流会（熊本会場）開催のご案内

地域研究交流会を熊本会場で開催することとなりましたのでご案内致します。地元の医療機関関係者等も多数参加されますようお願いいただき、奮ってご参加くださいますようお願い申し上げます。

- 日程 令和2年1月25日（土）
- 会場 ANAクラウンプラザホテル熊本ニュースカイ
(〒860-8575 熊本市中央区東阿弥陀寺町2番地 TEL:096-354-2111)
- 後援 一般社団法人日本病院会、公益社団法人熊本県医師会、一般社団法人熊本市医師会
一般社団法人日本病院会熊本県支部、公益社団法人全日本病院協会熊本県支部
一般社団法人熊本県医療法人協会
- プログラム

開会挨拶	13:00~13:10
講演Ⅰ 「地域包括ケアシステムに寄り添う2020年度診療報酬改定」 講師 社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院 病院長 一般社団法人日本病院会 副会長 島 弘志 氏	13:10~14:30 (80分)
休憩	14:30~14:40
講演Ⅱ 「熊本市における持続可能な医療・介護を確立している実践例—診療所編—」 講師 医療法人社団清心会 理事 認定登録 医業経営コンサルタント 浦上 誠 氏	14:40~16:00 (80分)
休憩	16:00~16:10
講演Ⅲ 「熊本県における医療勤務環境改善支援の取組みと現状」 講師 熊本県健康福祉部健康局医療政策課 審議員 岡 順子 氏	16:10~17:30 (80分)
交流会（懇親会）	17:45~19:30

●その他

受講料等	講演会	5,000円（税込） ※地域研究交流会は医療機関等一般の方にも公開（受講料1,000円）いたします。
	交流会（懇親会）	3,000円（税込）（会員・一般）
履修認定	5時間 ※交流会の出欠は履修時間と関係ございません。	
受講確認	医業経営コンサルタント証票（会員カード）をご持参ください。 なお、開催会場等のご案内は、開催日の1週間前頃にご案内いたします。	
締切日	令和2年1月15日（水）	
定員	120名（定員を超えた場合は止むを得ずお断りすることがございますので、あらかじめご了承ください。）	

【お問い合わせ先】

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会 事務局 事業第二課
〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル5F
TEL:03-5275-6994（事業第二課直通） 03-5275-6996(代表) フリーコール:0088-21-6996

「地域研究交流会」参加申込書

締切日：1/15 (水)

開催日：令和2年1月25日(土)

会場：ANAクラウンプラザホテル熊本ニュースカイ

●会員申込 (履修時間：5時間、講演会：5,000円、交流会(懇親会)：3,000円)

氏名	会員番号
連絡先(住所・所属等) <u>※当協会の登録通信先と異なる場合のみお書きください。</u>	
交流会 (出席 ・ 欠席)	

・天災地変、会場・輸送機関のサービス停止、官公庁の指示等、不測の事態発生の場合は、当協会の方針に基づき対応します。

●一般申込 (履修時間：なし、講演会：1,000円、交流会(懇親会)：3,000円)

フリガナ	
参加者氏名	交流会 (出席 ・ 欠席)
勤務先	
連絡先住所	TEL _____ FAX _____
フリガナ	
参加者氏名	交流会 (出席 ・ 欠席)
勤務先	
連絡先住所	TEL _____ FAX _____

受講料 (会員) : 5,000円(税込) × 名 = _____ 円

受講料 (一般) : 1,000円(税込) × 名 = _____ 円

交流会 (懇親会) : 3,000円(税込) × 名 = _____ 円

【受講料のお振込みについて】

- ・原則として、下記のいずれかの口座にお振込みのうえ、下記情報と共に**お申込みください。**
- ・振込済み受講料は、事前に受講キャンセルの連絡がある場合に限り、返金いたします。
- ・振込手数料につきましてはご負担いただきますようお願いいたします。
- ・請求書や領収書をご希望の場合は、お手数ですが、当協会事務局担当部署までお知らせください。

振込予定のいずれかの口座を○で選んでください。【必須】
お振込みの際は、通信欄で受講者の会員番号・お名前・研修月日をお知らせください。

A 郵便振替口座	B ゆうちょ銀行	C 三菱UFJ銀行
00140-8-549669	0一九(ゼロイチキュウ)店 当座預金口座 0549669	市ヶ谷(イチガヤ)支店 普通預金口座 0524761

【口座名】公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会

振込日(予定)【必須】	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
振込人名義【必須】	
その他ご連絡事項	

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報は、当協会個人情報保護方針に基づき、安全かつ厳密に管理します。詳細は当協会ホームページのプライバシーポリシー (<http://www.iahmc.or.jp/cgi-bin/privacy/>) をご確認ください。