

会員各位

令和3年12月10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（茨城会場）開催のご案内

地域研究交流会を茨城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4年1月20日（木）
- 会場 つくば国際会議場（〒305-0032 茨城県つくば市竹園2丁目20-3 TEL：029-861-0001）
- プログラム

開会挨拶	13：00～13：10
講演Ⅰ 「社会保障制度の行方 ～地域における医療・介護を確立するために～」 講師 一般社団法人 医療介護福祉政策研究フォーラム 理事長 中村 秀一 氏	13：10～14：20 (70分)
休憩	14：20～14：30
講演Ⅱ 「筑波メディカルセンター病院における働き方改革への取り組み（仮）」 講師 公益財団法人 筑波メディカルセンター 副院長 兼 事務部長 中山 和則 氏	14：30～15：40 (70分)
休憩	15：40～15：50
講演Ⅲ 「茨城県医療勤務環境改善支援センターの活動報告」 講師 秋元 譲 氏、渡邊 智浩 氏	15：50～17：00 (70分)

### ●その他

受講料	会員：5,000円（税込） 一般：1,000円（税込）※現地参加、ライブ配信参加含む
履修認定	5時間
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4年1月13日（木）
定員	現地参加：60名 ライブ配信参加：100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

#### 【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利用し、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（<https://www.jahmc.or.jp/cgi-bin/privacy/>）をご確認ください。

## 「地域研究交流会」参加申込書

締切日: 1/13(木)

開催日: 令和4年1月20日(木)

会場: つくば国際会議場

●会員(受講料: 5,000円) 5,000円(税込) × 名 = 円

<input type="checkbox"/> 現地参加		<input type="checkbox"/> ライブ配信参加	
氏名		会員番号	
連絡先(住所・所属等) 〒	※当協会の登録通信先と異なる場合のみお書きください。		
E-mail			

※ライブ配信参加希望の方は、Emailアドレスを必ずご記入ください。(お間違えのないようお願いいたします。)

●一般(受講料: 1,000円) 1,000円(税込) × 名 = 円

<input type="checkbox"/> 現地参加		<input type="checkbox"/> ライブ配信参加	
フリガナ			
参加者氏名			
勤務先			
連絡先住所	TEL	FAX	
E-mail			

<input type="checkbox"/> 現地参加		<input type="checkbox"/> ライブ配信参加	
フリガナ			
参加者氏名			
勤務先			
連絡先住所	TEL	FAX	
E-mail			

・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。

## 【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**お申し込みください。**
- ・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	