

平成 23 年 11 月 16 日

会員各位

(社) 日本医業経営コンサルタント協会
事務局事業部事業第二課

地域交流会（京都府）開催のご案内

地域交流会を京都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も多数参加されますようお願いいただき、奮ってご参加下さるようお願い申し上げます。

会員の意見・質問等に対して回答する時間（会員懇談会）を設けていますので、参加申込書に記入下さいますよう宜しくお願いいたします。

- 趣旨 ①地域医療関係者および自治体関係者並びに一般に公開し、コンサルティングの展開に必要な業務支援および参加者との連携を図る場を提供する。
②医業経営コンサルタントの水準の確保と資質の向上を図るとともに、医療関係者に対する医業経営に関する情報提供を行う。
③会員に協会の活動状況を報告するとともに、会員相互の意思疎通・意見交換の場とする。

●日程 平成 24 年 2 月 9 日（木）

●会場 ホテルグランヴィア京都 5 階 古今の間

京都市下京区烏丸通塩小路下ル TEL：075-344-8888

●プログラム

1. 会員懇談会（地区状況報告、支部支援委員会報告、協会活動状況報告、質疑応答）	14：00～15：00
2. 講演等（挨拶・講演） 講演 「2012 年度診療報酬・介護報酬同時改定の方向性と経営対応」 講師：中林 梓（株）ASK 梓診療報酬研究所所長	15：00～18：00
3. 懇親会	18：00～20：00

●その他

参加料	5,000 円（税込）	郵便局備付けの郵便振替用紙の通信欄に必要事項をご記入の上、郵便局で参加料をお振込みください。参加申込書に領収書を添付。
	※地域交流会は、当協会の会員外にも公開（受講料 5,000 円）いたします。	
履修認定	4 時間（会員懇談会 1 時間・講演 3 時間）	
受講確認	磁気カード（コンサルタント証票または継続研修受講カード）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	平成 24 年 1 月 31 日（火）	
定員	150 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。）	

※中林講師による同内容の講演を他会場でも予定しています。詳細はホームページをご覧ください。

【1/12 長野・1/14 福島・1/17 金沢・1/21 名古屋・1/26 東京・1/28 松山・2/2 佐賀・2/4 札幌・2/9 京都】

http://www.jahmc.or.jp/cgi-bin/training/main_semi/Ex_semi.html

お問い合わせ先：(社) 日本医業経営コンサルタント協会 事務局 事業第二課 宮本

〒103-0004 東京都中央区東日本橋 1-1-7 野村不動産東日本橋ビル 3F

フリーコール：0088-21-6996 TEL：03-5822-6996 FAX：03-5822-6991

Fax : 03-5822-6991 (社) 日本医業経営コンサルタント協会 事業第二課行

「地域交流会 (京都府)」参加申込書 締切日 : 1/31 (火)

開催日 : 平成 24 年 2 月 9 日 (木) 会 場 : ホテルグランヴィア京都

●会員 (参加料 : 5,000 円)

氏 名			会 員 番 号		
会員懇談会 (1 時間)	<input type="checkbox"/> 参 加 <input type="checkbox"/> 不参加	講 演 (3 時間)	<input type="checkbox"/> 参 加 <input type="checkbox"/> 不参加	懇親会	<input type="checkbox"/> 参 加 <input type="checkbox"/> 不参加
協会へのご意見・質問等がございましたら記入してください。会員懇談会で回答させていただきます。					

●会員以外 (各 5,000 円) の参加希望の方について下記にご記入ください

フリガナ			参加内容		
参加者氏名			講演 <input type="checkbox"/> 参 加 <input type="checkbox"/> 不参加	懇親会 <input type="checkbox"/> 参 加 <input type="checkbox"/> 不参加	
勤務先					
連絡先住所	TEL _____		FAX _____		
フリガナ			参加内容		
参加者氏名			講演 <input type="checkbox"/> 参 加 <input type="checkbox"/> 不参加	懇親会 <input type="checkbox"/> 参 加 <input type="checkbox"/> 不参加	
勤務先					
連絡先住所	TEL _____		FAX _____		

受講料 : 5,000 円 × 名 = 円

- ・郵便局に備え付けの郵便振替用紙で下記の口座に受講料をお振込みください。
(銀行振込をご希望の場合は本部事務局までお申出ください。)
- ・お申込みを確認後、セミナーの約一週間前に受講受付確認を登録通信先にお送りします。

郵便振替払込金受領証を貼り付けてください。

受講料振込先

- 振込先口座番号 : 00140-8-549669
- 加 入 者 名 : (社) 日本医業経営コンサルタント協会
- 通 信 欄 : 『会員No.()』、『2/9 地域交流会 (京都)』と記入してください。
※事業所名でお振込みになる際には、受講される方のお名前も記入してください。