

平成 24 年 8 月 1 日

会員各位

(公社) 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・医業経営セミナー（東京会場）開催のご案内

地域交流会・医業経営セミナーを東京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、奮ってご参加下さるようお願い申し上げます。

- 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 9 月 13 日（木）
- 会場 ベルサール神田 東京都千代田区美土代町 7 住友不動産ビル TEL 03-5281-3053
- プログラム

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）	13：00～13：30
開会挨拶等	13：35～13：50
講演Ⅰ 「少子高齢社会に対応した社会保障制度にむけて」 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官 深田 聡 氏	13：55～15：10
講演Ⅱ 「医療崩壊からの再生～医療機関の見識を示すクレーム対応」 ケルビム法律事務所 所長、弁護士、当協会東京都支部理事 高須 和之 氏	15：15～16：30
講演Ⅲ 「在宅ケアのルネサンス / 急成長するオランダ Buurtzorg に学ぶ専門職チームのトータルケア」 独立行政法人労働政策研究・研修機構 研究員 堀田 聡子 氏	16：35～17：50
懇親会	18：00～19：30

●その他

参加料	無料 （会員・会員外のどなたでも無料で参加できますが、事前申し込みが必要です）
履修認定	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 9 月 3 日（月）
定員	350 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 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 (公社) 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 (東京会場)」参加申込書 締切日 : 9/3 (月)

開催日 : 平成 24 年 9 月 13 日 (木) 会 場 : ペルサール神田

●会員 (参加料 : 無料)

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。					
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 (無料) 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 _____		
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 _____		

お申込みを確認後、セミナーの一週間前頃に受講受付確認を登録通信先にお送りします。