

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会 福岡県支部主催 第 1 回 継続研修開催のご案内

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会は、医業経営コンサルタントの養成とその資質の向上を図ることで、医業経営の安定化に資するとともに、医療界に貢献することを目的として設立されました。

その主旨のもと、福岡県支部では、毎年独自に年間5回の継続研修を開催しており、一般の保健・医療・福祉関係者の皆様にも広くご参加いただける研修会を企画いたしました。皆様方多くのご参加をお待ち申し上げます。

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会 福岡県支部 支部長 佐々木 直隆

日時 平成29年7月6日(木) 10:00~17:00 (受付開始9:30)

【午前の部】 ①10:00~11:30

「福岡県地域医療構想・医療計画について」

講師：福岡県庁 保健医療介護部 医療指導課医療計画 係長 白垣 幸助先生

【午前の部】 ②11:30~13:00

「福岡県13医療圏病床機能報告調査で現状確認」

講師：北九メディカル 代表・一般社団法人医療実務研究会 副代表理事 立花 雅男先生

既存病床・稼働病床・基準病床・必要病床・医療需要を見える化！
一般・療養の基準病床算定式見直しで今後の対応は？

【午後の部】 14:00~17:00

「超高齢社会における民間病院の役割」

講師：社会医療法人 祐愛会 織田病院 理事長 織田 正道先生

超高齢社会が現実となり、さらに団塊世代が後期高齢者となる2025年に向け、医療のあり方も「治す医療」から、「治し、支える医療」への転換が急がれている。地域に根ざした民間病院の役割について述べる。

会場 天神ビル11階 11号室
福岡市中央区天神2-12-1
TEL0120-323-920

定員 120名

定員に達し次第、
締め切らせていただきます

受講料

<協会会員>

午前・午後の部：各 9,000円

<医療機関職員・その他>

午前・午後の部：各 5,000円

※会員の方は、会員証 ICカードをご持参下さい。

※お申し込み詳細につきましては、2枚目をご覧ください。

※お申込み後は重ねてご連絡いたしません。

日時、会場等ご確認の上ご参加下さい。

※受講料につきましては、事前のお振込をお願い致します。

- ・お振込みをもって正式なお申し込みとさせていただきます。
- ・振込手数料はお申込者様のご負担とさせていただきます。何卒ご了承ください。
- ・領収書は金融機関が発行する振込み明細をもって領収書にかえさせていただきます。
(領収書の発行をご希望の方は事前にお知らせください)
- ・会場専用の駐車場はございませんので、公共交通機関をご利用願います。
- ・録音及び撮影はご遠慮下さい。

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会
第 1 回 継 続 研 修
H 2 9 年 7 月 6 日 (木) 1 0 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (受 付 開 始 9 : 3 0)

会場:天神ビル11階11号会議室 福岡市中央区天神2-12-1 TEL0120-323-920
 アクセス http://www.kyumen.co.jp/rental/tenjin_access.html

※6月23日(金)迄に、下記の受講申し込み書にご記入の上、FAXにてお申込み下さい。
 受講料は、6月26日(月)迄に、下記銀行へお振込みをお願い致します。
 尚、お振り込みの際はお名前の前に会員番号ご明記のご協力をお願い致します。
 ※ご欠席の場合、受講料の返金はお受けいたしかねますので、お手数ですが
 事前に下記事務局担当までご連絡の上、代理の方がご出席下さい。

参加費: <協会会員:午前・午後の部・各9,000円・医療機関職員、その他:午前・午後の部・各5,000円>

お振込み先: 西日本シティ銀行 福岡支店 (普) 3053034

口座名義: 公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会 福岡県支部 支部長 佐々木 直隆

※福岡県支部ホームページからもお申込みいただけます。

福岡県支部ホームページURL: <http://fukuoka.jahmc.com>・お申込み後、予約完了メールが配信されます。

ご不明な点がございましたら、お知らせ下さい。

切 り 取 り 不 要

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 福岡県支部 第1回継続研修
 参加申込書

FAX送信先: 092 - 409 - 9452

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会 福岡県支部 事務局 担当: 船津
 〒812-0011 福岡市博多区博多駅前1-5-1 博多大博通ビルディング7階 (株式会社 佐々木総研 内)
 お問い合わせ: TEL:092-409-9451 (月・水・金 9:30~17:30)
 Eメールアドレス: fukuoka@jahmc.com ※6月23日(金)迄にお申込み下さい。

事業所名 (医療機関名)			
ご住所	〒		
氏 名	フリガナ	所属・役職	
TEL	() -	FAX	() -
区 分 (該当区分にチェック・会員番号の記入をしてください。)			
受講区分	<input type="checkbox"/> 午前・午後の部	<input type="checkbox"/> 午前の部のみ	<input type="checkbox"/> 午後の部のみ
会員区分 受講料	<input type="checkbox"/> 福岡県支部 (会員No.)	<input type="checkbox"/> 県支部 (会員No.)	<input type="checkbox"/> 医療機関職員 ・その他
	<input type="checkbox"/> お振込合計金額 円		
	<input type="checkbox"/> お振込予定日 月 日		
	<input type="checkbox"/> お振込名義 ()		
お振り込みの際はお名前の前に会員番号ご明記のご協力をお願い致します。			