

平成30年度 診療所スタッフのスキルアップ研修（東京）

診療所医療安全管理体制の整備、院内感染対策の体制の確保のための
「従業員に対する院長の年2回程度の研修実施義務」
(医療法第6条の12)に代わる外部研修に該当する研修です

研修終了後に修了証を発行いたします

既にご存じのとおり、院長は、医療法に規定される「医療の安全を確保するための措置」「院内感染防止対策等」の研修を年2回程度実施し、職員はそれらの情報を共有することが定められております。

当研究会ではこれに対応すべく毎年研修を開催し、多くの方から好評を得ております。今年は下記のテーマにて開催いたします。皆様の参加申込をお待ちしております。

※この研修は、診療所の職員の方を対象にした内容となります。それ以外の方がお申込頂く場合は、その旨ご了承下さい。

日時：平成30年7月21日(土) 13:30~16:40 (受付13:10~)

場所：新宿住友ビル 47F 新宿住友スカイルーム1 (別紙御参照下さい)

参加費：5,000円 (お一人様/税・資料代込)

※全国地域医業研究会一般会員からのご紹介の方は 優待価格 1,000円 (お一人様) となります。

申込用紙の紹介会員事務所名記載欄に必ず、紹介会員名を御確認ください。記載のない場合は優待価格とはなりません。

① 13:30~14:00

「診療所における医療広告の注意点について」

・6月1日に施行となりました医療広告に関する新ガイドラインについて解説します。

【講師】 はなぐまときめき研究所 細根 浩子 様

② 14:10~16:40

「医療安全管理体制の基礎知識」~個人と組織のちからを発揮しよう!~

【講師】 茨城キリスト教大学 看護学部看護学科 看護管理学 准教授 池袋 昌子 先生

① 医療安全に関する用語の理解

・医療安全に関する用語の理解と医療安全推進のための基本的な考え方を学習します。

② 医療安全の基準

・患者確認 ・検査、処置前の確認の徹底 ・感染リスク、患者の傷害リスクの低減 等
・医療業務にひそむ危険を把握し、具体的な医療安全の基準を理解します。

③ 医療安全管理体制の構築

・医療安全管理体制の構築に向けて、個人と組織のちからを発揮する必要性を習得します。

平成30年度 診療所スタッフのスキルアップ研修（東京）参加申込書

【日 時】	平成30年7月21日(土) 13:30~16:40 (受付 13:10~)	
【参加費】	1,000円 /お一人様(税、資料代込) ※会員紹介優待価格 ※紹介の方は必ず紹介会員事務所名記載欄に会員名を明記下さい。記載のない方は5,000円となります。	
【会 場】	新宿住友ビル 47F 新宿住友スカイルーム1 新宿区西新宿 2-6-1	
【定 員】 60名 (先着順)		<p>【会場TEL】 03-3344-6983</p> <p>【アクセス】</p> <p>「都庁前駅」 A2 出口徒歩 2分</p> <p>「西新宿駅」 2 番出口徒歩 4分</p> <p>「新宿駅」 (丸の内線) A18 出口徒歩 7分 (JR・京王・小田急) 西口徒歩 8分 (都営地下鉄) 7 番出口徒歩 9分</p> <p>※専用駐車場はございません。 公共交通機関をご利用下さい。</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 昨年と会場が異なりますので、ご注意ください。 </div>		

※ 先着順に申し込みを受け付けます。申込時点で定員によりご参加ができない場合のみこちらから連絡を致します。
 ※ 資料作成の関係上申込書は必ずFAXにて申込締切までにお送り下さい。
 ※ 受付は20分前より開始します。これより前の時間には入場することが出来ませんのでご了承下さい。
 ※ お申込みいただいた個人情報については、セミナー講師、当会会員へ提供する場合があります。また、お預かりした情報は今後のセミナー等の御案内に活用させて頂くことがあります。記入していただきました情報については当会個人情報保護方針に則り、お申込み頂いた方の承諾なく上記以外の第三者に開示・提供することはありません。

**お申込頂いた方には
7月13日頃に受講票を
FAXにて送信予定です。**

【主催・お問い合わせ】 一般社団法人 **全国地域医業研究会** 【担当:元廣】〒104-0032 東京都中央区八丁堀 2-19-6-4F
 TEL 03-6222-8749 FAX 03-6222-8748 Mail:chiken-honbu@e-coba.jp HP:http://www.e-coba.jp

申込記載欄 各項目省略せずに正確にお書き下さい。

申込締切 平成30年7月12日(木)

診療所名 (ふりがな)	御出席者氏名 (ふりがな) 及び役職・職種 ※ 修了証の宛名となりますので、氏名を正確にご記入下さい。
御住所 (〒)	計 () 名
TEL	FAX

紹介会員事務所名記載欄 ※会員名の記載のない場合及び記載事務所が一般会員に該当しない場合は参加費が5,000円となりますので、ご了承ください。

全国地域医業研究会 一般会員名:

お申込先 FAX 03-6222-8748 (全国地域医業研究会)