

病院長 様
医師事務作業補助ご担当者 様

平成 30 年 10 月吉日

特定非営利活動法人 日本医師事務作業補助研究会
「第 3 回かがやきセミナー」のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、石川県支部では、医師事務作業補助者の実務能力向上・ボトムアップを目指して活動が続けております。これまで実施いたしました、「かがやきセミナー」においては、多くの皆さまにご参加いただき、それぞれの業務に関わる多職種を知ると共に、業務の知識と理解を深めることができました。

さらなる向上をめざして、第 3 回「かがやきセミナー」を開催する運びとなりました。今回は、指定難病の医学講演と、医療費助成制度について学び、理解を深めることで、日々の業務向上につながれば幸いです。また、業務改善にもお役に立てればと当支部世話人病院から、書類に関する取り組みなどについて事例紹介もおこないます。

ご多忙中とは存じますが、万障お繰り合わせの上ご参加下さいますようお願い申し上げます。

敬具

特定非営利法人 日本医師事務作業補助研究会
理事長 矢口 智子
石川県支部長 松井 圭子
石川県支部世話人一同

医師事務作業補助者教育セミナー

「第3回 かがやきセミナー」

テーマ: 理解を深めよう シリーズ①
～指定難病:潰瘍性大腸炎について～

日時: 2018年12月1日(土) 14:30～17:00 (14:00～受付開始)

場所: 石川県地場産業振興センター新館コンベンションホール
(石川県金沢市鞍月2丁目1番地)

対象: 医師事務作業補助者 定員 130名
(※定員に達し次第、締め切らせていただきます)

会費: 会員 1500円 一般 2500円

主催: 特定非営利活動法人 日本医師事務作業補助研究会 石川県支部

後援: 石川県医師会 石川県病院協会



プログラム

| 時間 | 演題等 |
|-----------------|---|
| 14:00～ | 受付開始 |
| 14:30～ 14:35 | 開会挨拶 矢口 智子 (NPO法人 日本医師事務作業補助研究会理事長) (金沢脳神経外科病院 診療支援部 部長(兼)医療秘書課 課長) |
| 14:35～ 15:20 | 『指定難病の医療費助成制度について』 講師 岸井 瞳 (石川県健康福祉部 健康推進課 主任主事) |
| 15:20～ 16:20 | 医学講演 『潰瘍性大腸炎について』 講師 北村 和哉(金沢大学附属病院 消化器内科 助教) 座長 水野 恭嗣(能美市立病院 院長) ※会員の方には受講証明書を発行します 医師事務作業補助者6ヶ月研修に必要な32時間以上研修の1時間に充てることができます |
| 16:20～16:35 | 休憩 15分 |
| 16:35～ 17:00 | 『書類作成業務について他院の取り組みを聞いてみよう!』 石川県支部世話人病院から事例紹介発表 |
| 17:00 | 閉会挨拶 松井 圭子 (NPO法人日本医師事務作業補助研究会 石川県支部 支部長) (やわたメディカルセンター医療秘書課主任) |

「第3回 かがやきセミナー」

2018年12月1日(土) 14:30~17:00 (14:00~受付開始)

| | |
|-------|--|
| 申込方法 | 事前に申し込みが必要となります。 参加を希望される方は、別紙1に必要事項を記入の上、 下記FAX番号までお申し込み下さい。 FAX : 0761-51-5557 ※ 定員になり次第、終了とさせていただきます。 ※ 参加費は当日受付にてお支払いください。 ※ 申し込み後、1週間が経過しても受付完了のお知らせが無い場合は、 お手数ですが、下記問い合わせ先までご連絡ください。 |
| 申込み締切 | 2018年11月17日(土) |
| お問合せ先 | 芳珠記念病院 医療サービス課 下出・新井 石川県能美市緑が丘11-71 TEL: 0761-51-5551(代) / FAX:0761-51-5557 |

会場案内

会場:石川県地場産業振興センター
新館コンベンションホール
(金沢市鞍月2丁目1番地)

石川県地場産業振興センター



駐車場に限りがございます。

当日は、大変混雑が予想されますので、お車でお越しの方は出来るだけ乗り合わせのうえ、ご来場下さいますようお願い申し上げます。

第3回かがやきセミナー参加申込書(2018年12月1日開催)

| | | | |
|-----------------------------|------------|--------|---|
| 病院名 | | | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| FAX 番号 | ※必ずご記入下さい。 | | |
| (ふりがな) 参加者名 | 所属 | 職名(役職) | 会員/非会員 (どちらかに○をつけて下さい) ※会員の方は会員番号を明記下さい |
| | | | 会員/非会員 (会員番号:) |
| | | | 会員/非会員 (会員番号:) |
| | | | 会員/非会員 (会員番号:) |
| | | | 会員/非会員 (会員番号:) |
| | | | 会員/非会員 (会員番号:) |
| ※5名以上参加申し込みの場合はこちらにご記入ください。 | | | |

※準備の都合上、2018年11月17日(土)までにFAXで
お申し込み下さい。

※受付完了のお知らせをFAXにて返信いたします。お申し込み後、1週間経過しても返信がない場合は、お手数ですが下記問い合わせ先までご連絡をお願いいたします。

FAX : 0761-51-5557

芳珠記念病院 医療サービス課 (下出・新井)

E-mail : r-shien@houju.jp TEL:0761-51-5551 (代)