

至 急

岡病協発 第 21 号

平成 30 年 4 月 24 日

病 院 長 殿

一般社団法人 岡山県病院協会長

第 1 回～第 5 回医事業務研究会（新任者教育基礎講座）の開催について

このことにつきまして、平成 30 年度における新任者教育基礎講座を下記により開催いたしますので、該当者に受講いただきたくご案内いたします。

記

1. 期 日 別紙のとおり
2. 会 場 岡山県医師会館 4階 401会議室、402会議室
5階 501会議室
3. 日程 及び 講師 別紙のとおり
4. 申込締切期日等
 - 1) 別紙受講申込書により、5月14日(月)までに、第1回～第5回まで一括してお申し込みいただきますようお願いいたします。（出席する回に○印を付けてお申し込み下さい）
 - 2) 新任者教育基礎講座は継続講座ですので、第1回～第5回まで継続して受講されることをお勧めします。
 -
 - 3) 一人の方が5回継続して出席された場合には、修了書をお渡しします。
5. 受講料 及び 研究会テキスト代
 - 1) 受 講 料 1人 各回 5,000 円（消費税含む）
*毎回、受付でお支払い願います。
 - 2) 研究会テキスト 「医事業務研究会テキスト」を当日受付で実費(3,000円程度)にて販売します。
*ただし、5回継続出席の方については1冊無料です。
6. 携 行 品 医事業務に必要なもの（参考図書・計算機他）
7. そ の 他 昼食は各自でご用意下さい。（*食券販売はありません）
8. 備 考 ●●●●
受講者は、各自予習して出席しましょう。

※ 駐車場がありませんので、お車でのお越しはご遠慮下さい。

*問い合わせ先（岡山市北区駅元町 19 番 2 号 TEL. 086-250-1124）

平成30年度 第1回～第5回 医事業務研究会 計画表

会 場 : 岡山県医師会館 4階 401・402 会議室、 5階 501 会議室

期 日	研 究 会	日 程 及 び 講 座 内 容
第1回 5月23日 (水)	新任者教育 基礎講座 NO.1	10:00 ～ 12:00 ○開会行事・オリエンテーション ◎ <u>接遇・マナー研修 『接遇』</u> 講師：岡山済生会総合病院 森下 妙子 接遇担当係長 13:00 ～ 16:00 『医事業務研究会テキストによる解説』 － 入院料・精神科専門療法 － *《急性期(DPC含)・ケアミックス・精神科》の希望グループ別 講師 医事業務委員全員(規模別グループ分け)
第2回 5月29日 (火)	新任者教育 基礎講座 NO.2	※2日目以降は、病床規模別3グループでの講義となります。 10:00 ～ 16:00 『医事業務研究会テキストによる解説』 － 受付・請求・診察料・医学管理 － 講師 医事業務委員全員(規模別グループ分け)
第3回 6月14日 (木)	新任者教育 基礎講座 NO.3	10:00 ～ 16:00 『医事業務研究会テキストによる解説』 － 在宅医療・投薬・注射 － 講師 医事業務委員全員(規模別グループ分け)
第4回 6月22日 (金)	新任者教育 基礎講座 NO.4	10:00 ～ 16:00 『医事業務研究会テキストによる解説』 － 処置・手術・麻酔 － 講師 医事業務委員全員(規模別グループ分け)
第5回 6月29日 (金)	新任者教育 基礎講座 NO.5	10:00 ～ 16:00 『医事業務研究会テキストによる解説』 － 検査・病理診断・画像診断・リハビリテーション － 講師 医事業務委員全員(規模別グループ分け)

* 第1回～第5回は新任者教育の継続基礎講座ですので、極力お一人の方が継続出席
 いただきますとともに、受講者は各自で予習をして出席して下さい。

* 毎回、参考図書・計算機・その他医事業務に必要なものを持参して下さい。

平成 30 年度 医事業務研究会（新任者教育基礎講座） 受講申込書

平成 年 月 日

病院名 _____

下記のとおり、医事業務研究会（新任者教育基礎講座第1回～第5回）の受講を申し込みます。

記

※ 許可病床数を記入して下さい。 _____ 床（うち一般病床 _____ 床）

※ 入院基本料の種類を記入して下さい。 _____
 [例．急性期一般入院料1、地域一般入院料2 など]

※ オーダリングまたは電子カルテを実施している場合は、その旨ご記入下さい。

※ 出席する回に、必ず○印をして下さい。また、第1回目の午後（入院料・精神科専門療法）は希望グループでの講義となりますので、参加希望のグループに○をして下さい。

職名	ふりがな 氏名	医事業務 経験年数	病院での 配属部署	第1回 (5/23)		第2回 (5/29)	第3回 (6/14)	第4回 (6/22)	第5回 (6/29)
				午前 (接遇)	* 午後の希望 グループに○ して下さい。				
		年 月			急性期(DPC含) ケアミックス 精神科				
		年 月			急性期(DPC含) ケアミックス 精神科				
		年 月			急性期(DPC含) ケアミックス 精神科				
		年 月			急性期(DPC含) ケアミックス 精神科				

- (注) ・ 新任者教育基礎講座は継続講座ですので、5回継続の受講をお勧めします。
- ・ 氏名は、名簿・修了書作成のため、読みやすい字で ご記入ください。氏名には必ずふりがなを付けて下さい。
 - ・ また、医事業務の経験年数は、平成30年4月1日現在で記入してください。
 - ・ 第1回～第5回まで、申し込みは一括して行いますのでご了承ください。

* お申込みは、郵送・fax (086)250-3458・E-mail : oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp で