

至 急

岡病協発 第 7 号
平成 31 年 4 月 17 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 31 年度(令和元年度)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7日(火)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(点数本・計算機等)
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 31 年度(令和元年度) 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 1 3 日 (月)	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 ◎接遇・マナー研修 『安心医療の第一歩 - コンシェルジュの現場で学んだこと -』 講師: 社会医療法人緑壮会 金田病院 フロアマネージャー・コンシェルジュ 細田麻衣子 氏 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 2 2 日 (水)	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 5 月 2 7 日 (月)	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 1 8 日 (火)	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 2 8 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、点数本・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 31 年度(令和元年度) 医事業務研究会（新任者教育基礎講座） 受講申込書

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 (5/13)		第 2 回 (5/22)	第 3 回 (5/27)	第 4 回 (6/18)	第 5 回 (6/28)
				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 31 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