

医療安全研修会 体験型苦情対応研修

| | |
|-------------------|---|
| 開催日 | 平成27年7月27日(月) 9時30分～16時30分 |
| 場所 | 東京都千代田区紀尾井町3-27 自治体病院共済会 2F会議室 |
| 講師 | ①「ロールプレイング研修」 損保ジャパン日本興亜リスクマネジメント株式会社 医療リスクマネジメント事業部 上席コンサルタント 寺田 暁史 先生 ②「医療事故調査制度に関する特別講演」 浜松医科大学医学部 医療法学教授 大磯 義一郎 先生(医師・弁護士) ・医療事故調査制度の施行に係る検討会の構成員としてご活躍される大磯先生にご講演いただきます。 ◇詳細につきましては次号自治共ニュース、ホームページにてご案内いたします。 |
| ロールプレイング* 研修内容 | 「ロールプレイで学ぶ苦情・クレーム対応の実際」 医療機関現場での苦情・クレーム対応の基本原則を認識し、ロールプレイなどを通じて、対応しなければならない項目への理解を深める |
| 費用 | 12,000円(資料代、消費税含む) |
| 定員 | 40名 (先着順で定員になり次第締め切ります) |

自治体病院共済会 保険部 御中 (FAX:03-3265-5868)

平成27年7月27日 医療安全研修会参加申込書

申込日 月 日

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------|------|----------|---|------|---|---|-------|---|
| 病院名 | | | | (病床数: 床) | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| | (TEL) | (FAX) | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | (部署名) | | | | | | |
| ①参加者氏名 | | | (役職) | (職種) | | | | | | |
| | ※医療事故担当期間 ____年____ヶ月 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | (部署名) | | | | | | |
| ②参加者氏名 | | | (役職) | (職種) | | | | | | |
| | ※医療事故担当期間 ____年____ヶ月 | | | | | | | | | |
| 資料・請求書等の送付先をご指定ください。 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 参加者 本人あて | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> こちらに送付 ⇒ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: none;">{</td> <td style="border: none;">担当部署</td> <td style="border: none;">}</td> <td style="border: none;">(</td> <td style="border: none;">担当者氏名</td> <td style="border: none;">)</td> </tr> </table> | | | | | { | 担当部署 | } | (| 担当者氏名 |) |
| { | 担当部署 | } | (| 担当者氏名 |) | | | | | |

※医療事故担当期間とは医療安全担当、リスクマネージャー、苦情受付担当等、リスクマネジメントに関する役割を担当した期間を指します。

(1) 本申込書を保険部までFAXしてください。

(2) お申込みいただきましたらFAXにて参加申込受付表を送信いたします。

(3) 6月下旬に参加費請求書と研修のしおり等をお送りいたします。

○ご不明な点がございましたら保険部(TEL03-3263-3397 担当:駒井)にご照会ください。

○上記情報は、個人情報保護法に準拠して、取扱いさせていただきます。