

病院機能評価 相談員派遣・講師派遣のご案内 及び 申込書

本協会では、病院機能評価受審を支援するために、下記の事業を実施しています。

初回、更新を問わず、準備段階から受審・認定までの様々の場面で支援させていただきます。病院機能評価受審を申請中あるいは検討中の折には、このサービスを是非ご利用ください。

ご希望の場合は、下記の要領を確認の上、fax か e-mail 等でお申し込みください。受付後、申込責任者様へ担当よりご連絡いたします。

◎ 病院機能評価 相談員派遣 … (希望日の2ヶ月前位迄に申込み)

概要：現地に相談員が訪問し具体的なアドバイスや質問に応じます。

日にち：日にちはお打ち合わせ

時間：13:30~16:30 (基本)

場所：現地 (受審する病院)

派遣料：1名 基本3時間 90,000円 (税込) *往復交通費は別途実費相当額請求

◎ 病院機能評価 講師派遣 … (希望日の2ヶ月前位迄に申込み)

概要：院内研修や講演等の講師を派遣します。

日時：日程はお打ち合わせ。基本時間は2時間。

場所：原則は現地病院 (その他の場合は相談)

派遣料：1名 60,000円 (税込、オリジナル資料含) *往復交通費は別途実費相当額請求

*注：上記事業は受審準備のアドバイス等を行うもので認定を保証するものではありません。

*注：愛知県医療法人協会会員向けの支援事業です。会員外の場合は別途ご相談ください。

*詳しくは愛知県医療法人協会事務局へお問い合わせください。

<事務局> 〒460-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館6階

tel 052 - 242 - 4350 fax 052 - 242 - 4353 e-mail : kyokai@a-iho.or.jp URL:<http://www.a-iho.or.jp>

<相談員派遣・講師派遣 申込書> fax 052 - 242 - 4353

希望内容	①相談員派遣		②講師派遣 (講演等)			
希望年月日 (第3希望まで)	第1希望 月 日 ()	第2希望 月 日 ()	第3希望 月 日 ()	第3希望 月 日 ()	第3希望 月 日 ()	第3希望 月 日 ()
受審の別 (いずれかに○)	①新規		②更新			
現在の状況 (いずれかに○)	①審査予定日が決まっている (年 月頃)		②申請中だが審査予定日は未定			
	③申請を検討中 (年 月頃)		④その他 ()			
相談・講演 希望領域	①診療		②看護		③管理	
			④別途相談による			
病院名			所在地			
申込責任者 (ご連絡先)	役職			ふりがな		
				氏名		
tel			e-mail			
fax			病床の状況		一般・リハビリ・慢性期・精神	
ご要望等						