各位

一般社団法人 愛知県医療法人協会 会長 今村康宏

「病院機能評価受審支援セミナー」開催のご案内

公益財団法人日本医療機能評価機構と共催で標記セミナーを開催します。機能種別版評価項目< 3rdG:Ver.3.0>について、サーベイヤーが詳しく解説いたします。

受審をお考えの病院の皆様、あるいは認定更新を迎えられる病院の皆様は、是非この機会をご利用いただ きますようご案内申し上げます。

参加ご希望の方は、参加申込書に必要事項をご記入の上、愛知県医療法人協会 事務局へメール添付または FAX 送信でお申込みください。〈申込期限:令和7年 I0月3I日(金)但し、定員になり次第受付終了〉

「病院機能評価受審支援セミナー」

日時 令和7年 | 1月 | 9日(水) | 3:30~ | 6:45 (受付開始 | 3:15~)

場所 愛知県産業労働センター ウインクあいち || 階 ||0|会議室

名古屋市中村区名駅四丁目 4-38

アクセス https://www.winc-aichi.jp/access/

内容 機能種別版評価項目 < 3rdG: Ver. 3.0 > の概要、各項目体系のポイント

講師 日本医療機能評価機構 評価事業推進部 及び サーベイヤー

定員 60名

参加費は事前振込 詳細は 参加費 愛知県医療法人協会会員の方 1名 7,700円(税込) 7

1名 8,800円(税込)

後援団体会員の方

申込受付後にメール送信する 【申込確認書*送信期間 有】

|名 | |, 000円(税込) | 会員外の方 をご覧ください

共催 一般社団法人 愛知県医療法人協会、公益財団法人 日本医療機能評価機構

後援 公益財団法人 全日本病院協会愛知県支部 後援予定 一般社団法人 愛知県病院協会

プログラム (進行は変更することがございます)

| 時間 | 項目 | 担当者 | | |
|-------------|------------------------------|--------------------------|--|--|
| 13:30~13:35 | 開会挨拶 | 愛知県医療法人協会 | | |
| 13:35~14:05 | 機能種別版評価項目<3rdG:Ver.3.0>の概要 | 日本医療機能評価機構 評価事業推進部 | | |
| 14:05~14:50 | 3rdG:Ver.3.0の項目体系のポイント①診療 | 日本医療機能評価機構 診療サーベイヤー | | |
| 14:50~15:00 | 休憩 | | | |
| 15:00~15:45 | 3rdG:Ver.3.0の項目体系のポイント②看護 | 日本医療機能評価機構 看護サーベイヤー | | |
| 15:45~16:30 | 3rdG: Ver.3.0の項目体系のポイント③事務管理 | 日本医療機能評価機構 事務管理サーベイヤー | | |
| 16:30~16:45 | 質疑応答 | 愛知県医療法人協会 | | |
| | 閉会挨拶 | 夕 心不区尔公八伽云 | | |

|***愛知県医療法人協会からのご案内***

令和7年11月19日(水)開催 病院機能評価受審支援セミナー 参加申込書 送信先 愛知県医療法人協会 事務局

メール kyokai@a-iho.or.jp または FAX 052-228-3541

| | .団体名 真の場合 | | | | | | | | |
|---|--------------------|------|--------|----|-----|---|------|--------|--|
| | 人名 | | | 病院 | 名 | | | | |
| 所 | 在地 | ₸ | | | · | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | |
| | 申込責任者名 記入無は受付不可 | | | 職 | 種 | | 役 職 | | |
| | ·アドレス 込ください | | | | , | | 1 | | |
| | Tel | | | | Fax | | | | |
| 上記◎申込責任者が【参加】の場合、下記参加者欄に改めて記入してください | | | | | | | | | |
| 人数 | 参加者 | 首の職種 | 参加者の役職 | à | | 参 | 加者氏名 | , - | |
| I | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| < <貴院の状況をお知らせください> 該当する番号に○をつけ、年月をご記入ください | | | | | | | | | |
| ① 初回受審予定…受審月 20 年 月 ② 初回受審検討中…受審予定月 20 年 月頃 未認定病院の方 ③ 一度認定が切れたが、再度受審予定…受審月 20 年 月 ④ 一度認定が切れたが、再度受審を検討中…受審予定月 20 年 月頃 | | | | | 月頃 | | | | |

この情報は本協会の受付事務、案内事務以外の目的で使用することはありません。

年

⑤ 受審予定はないが参考として

【参加申込について】以下をご了承の上、お申し込みください。

認定期限 20

認定病院の方

| 申込者多数の場合 | 複数名お申込みの病院様に人数減のお願いをする場合がございます その際は、何卒ご | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|
| | 理解とご協力をお願いします | | | | |
| 【申込確認書】* | 令和7年10月20日(月)~11月5日(水)に◎申込責任者様宛にメール送信します | | | | |
| | | | | | |
| 開催可能人数に達しない場合、開催できないことがございます | | | | | |

月

日