

# 令和4年度臨床研修指導医講習会 申込要領

## 1. 申込方法

全国自治体病院協議会ホームページ申込画面からお申し込み下さい。

参加希望回について、出席可能な日を第1希望から順に第3希望まで選択してください。

参加定員が限られておりますので、申込状況によっては、ご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承下さい。

なお、ホームページよりお申し込みが出来ない場合は、「参加申込書」により、全国自治体病院協議会あてに **FAX (03-3261-1845)** にてお申し込み下さい。

「臨床研修指導医講習会参加におけるアンケート」について

上記のお申し込み方法に関わらず、ご回答は必須となりますので、必ずご提出下さい。

[臨床研修指導医講習会アンケート \(Googleフォーム\)](#)

※Google フォームでの回答が困難な場合、[こちら](#)にご回答の上、事務局宛にメール ([kikaku@jmha.or.jp](mailto:kikaku@jmha.or.jp)) もしくは、Fax (03-3261-1845) までお送り下さい。

## ! 注意事項

- なるべく「第3希望」までご指定をお願いします。
- 申込状況によっては、「第2希望」又は「第3希望」に決定します。必ず参加可能な日程のみを指定してください（決定通知後の変更は、致しかねます）。
- すべてのご希望に沿えない場合は、後日ご連絡させていただきます。

## 2. 参加申込期間

2022年4月27日（水）～5月31日（火）

## 3. 参加決定等の通知

申込締切後、定員数等の調整を行い、ご参加いただく日程を決定次第6月下旬頃に、第162回から順次メールにてお知らせいたします。その後、参加回の約1か月前に講習会の申込担当者に対し、正式な参加決定等の通知を行います。

・参加申込から決定通知までのスケジュール

参加申込受付	参加決定（メール）	請求書、講習会のご案内等郵送
4月27日～5月31日	6月下旬頃	参加回の約1か月前

#### 4. 費用

講習会への参加に係る通信費および通信機器等は、派遣病院・施設または参加者本人が負担することとし、具体的な金額は以下のとおりです。

##### (1) 参加者負担金

日 程	参加費
第162回～第167回 (各2日間)	会 員 1人 99,000円 (消費税含む) 非会員 1人 121,000円 (消費税含む)

講習会の約1か月前にご案内書類をお送りいたしますので、お振込みは講習会開始の前日までにお願いたします。原則として、領収書の発行は行っておりません。

- (2) キャンセルにつきましては[こちら](#) (表中の金額は「会員価格」を表示しております。)に記載のとおりキャンセル料が発生しますので、ご注意ください。  
(キャンセル料が発生する期間及び金額にご注意下さい。)  
なお、キャンセル料が発生する期間内に、参加される回の変更をした場合においても規定に基づき、講習会参加者負担金等のキャンセル料が発生致しますので、併せてご注意ください。

#### 5. 講習会修了の認定

講習会全てのプログラムにご参加いただいた方に対し、修了証書を交付致します。

講習会中は、画面上で参加の確認(お顔確認)をさせていただきます。

休憩時間を除き、離席や電話対応(講習会事務局との連絡は除く)、講習会とは無関係な業務はお控えください。また、勤務先にはこの旨を了解いただくようお願い致します。

なお、システム・通信トラブル等により講習会の受講に支障があった場合は、修了認定はできませんのでご留意下さい。また、一部のみ参加、途中退席者にも修了証書の交付はできません。

#### 6. 個人情報について

- (1) お申し込みいただいた個人情報については「[公益社団法人 全国自治体病院協議会個人情報保護規程](#)」に基づき、本講習会の運営のためのみに利用します。
- (2) 厚生労働省への修了報告書の作成に当たり、厚生労働省から求められる個人情報を使用させていただきます。
- (3) 本講習会では、個人情報の流出等がないよう配慮して実施しておりますが、本講習会内部では氏名・顔写真、その他、個人情報の一部を公開し、使用させて頂くことがあります。
- (4) 参加の申込をもって、上記(1)～(3)に同意頂いたものとします。

#### 7. 申込内容の変更

ホームページからお申し込みをされた内容の変更については、直接ホームページから行って下さい。なお、申込期限を過ぎてからの変更はホームページ上では出来ませんので、FAXまたはE-mailにて全国自治体病院協議会までお願い致します。

また、FAXでお申し込みをされた場合は、FAXにてご連絡下さい。

## 8. お問い合わせ先

公益社団法人 全国自治体病院協議会 企画部

〒102-8556 東京都千代田区平河町 2-7-5 砂防会館本館 7 階

電話 03-3261-8557 FAX 03-3261-1845

E-mail アドレス [kikaku@jmha.or.jp](mailto:kikaku@jmha.or.jp)

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 VORT (ボルト) 芝大門 4 階

電話 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499