

## 令和8年度臨床研修指導医講習会申込要領

### 1. 申込方法

下記リンクのGoogleフォームに必要事項を入力の上、お申し込みください。  
右のQRコードからもアクセスできます。



【申込フォームリンク】 <https://forms.gle/gfiw5ivQypKVyxTKA>

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いるため、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、あらかじめご了承ください。

なお、Googleフォームよりお申込みが出来ない場合は、ホームページにも掲載している(別紙5)「令和8年度臨床研修指導医講習会(集合形式・オンライン形式)参加申込書」に必要事項をご入力の上、全国自治体病院協議会あてにメール(kikaku@jmha.or.jp)によりお申し込みください。

FAXの場合、印字等により申込内容が見えなくなることがあるので、FAXによるお申込みはお控えくださいますようお願いいたします。

#### 【注意事項】

1. 「第3希望」までご指定をお願いします。
2. 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)。
3. 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。

「臨床研修指導医講習会(オンライン形式)申込者アンケート」について  
講習会(オンライン形式)にお申込みされる方には、参加環境に関するアンケートへのご回答を必須とさせていただきます。

(集合形式のみにお申込みされる方は、アンケートへのご回答は不要です)

臨床研修指導医講習会申込者アンケート(Googleフォーム)

右のQRコードもしくは下記リンクよりアクセスください。

【アンケートリンク】 <https://forms.gle/1eRbFR8fMJ2z86qe6>

※Googleフォームでのご回答が困難な方は、当協議会ホームページよりアンケートフォーム(Excel)をダウンロードいただき、ご回答後、事務局宛(kikaku@jmha.or.jp)にメールにてお送りください。



### 2. 参加申込期間

令和8年4月13日(月) ~ 5月18日(月)

### 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、第188回ご参加者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2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	申込結果お知らせ (メール)	参加決定通知・請求書の 送付
4月13日~5月18日	6月上旬頃	講習会の約1~2か月前

#### 4. 参加費等

##### 【集合形式】

- (1) 参加者負担金（参加費＋宿泊費等）

会場により宿泊費・食事代の金額が異なりますので、予めご了承ください。

日 程	費用(会員)	費用(非会員)
第188回・第189回・ 第190回・第191回(各 2日間) 参加費	1人・税込 99,000円	1人・税込 121,000円
第188回・第190回(大 阪・クロスウェーブ梅田) 宿泊費(1泊・朝食付) 昼食代(2日間)・情 報交換会費	1人・税込 19,880円	1人・税込 19,880円
第189回・第191回(東 京・都市センターホテル) 宿泊費(1泊・朝食付) 昼食代(2日間)・情 報交換会費	1人・税込 25,816円	1人・税込 25,816円

講習会の約2か月前にご案内書類をお送りいたしますので、お振込みは請求書発行日の翌月末まで  
にお願いいたします。原則として、領収書の発行は行っておりません。

金額は変更になる場合がございます。予めご了承ください。

- (2) キャンセルにつきましては(別紙6)のとおりキャンセル料が発生しますので、ご  
注意下さい。(キャンセル料が発生する期間及び金額にご注意下さい。)

##### 【オンライン形式】

講習会への参加に係る費用は以下のとおりです。

オンライン形式における、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  
にご負担いただきます。

- (1) 参加者負担金

日 程	参加費(会員)	参加費(非会員)
第192回・第193回オ ンライン形式(各2日 間)	1人 99,000円(税込)	1人 121,000円(税込)

講習会の約2か月前にご案内書類をお送りいたしますので、お振込みは請求書発行日の翌  
月末までをお願いいたします。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(別紙6)のとおりキャンセル料が発生しますので、ご  
注意下さい。(キャンセル料が発生する期間及び金額にご注意下さい。)

#### 5. 講習会修了の認定

講習会全ての課程を修了した者に対し、厚生労働省医政局長名が記載された「修了証書」  
を交付いたします。

## 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、使用させていただくことがあります。
- (4) 参加の申込をもって、上記(1)～(3)に同意いただいたものとします。

## 7. 申込内容の変更

### (1) Google フォームからお申し込みいただいた場合

回答時に送付されるメール(回答のコピー)内左上にごございます「回答を編集」ボタンから変更をお願いいたします。なお、申込期限を過ぎてからの変更は、メールにて全国自治体病院協議会までご連絡をお願いいたします。

### (2) Excel のフォームに入力し、メールでお送りいただいた場合

再度 Excel のフォームにご入力いただき、メールにてお送りください。その際に、メール本文またはファイル内に変更である旨をご記載くださいますようお願いいたします。

## 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 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