６社病協第　３７　号
令和　６年　９月２７日

一般社団法人
福島県病院協会
会 員 各 位　　様

一般社団法人福島県病院協会
会　長　　佐 藤 勝 彦
（公　印　省　略）

令和６年度「経営管理研修会」の開催について

標記研修会について、令和６年度「経営管理研修会」開催要項（別添）のとおり開催いたしますので、よろしくお願いいたします。

本年度の講師には、日本赤十字社業務執行理事 医療事業推進本部 本部長 渡部洋一先生をお迎えして「日本赤十字社の医療事業 －経営改善への取り組みと地域医療構想－」のご講演を賜わることに決定いたしました。

つきましては、ご多用のところ大変恐縮とは存じますが、会員病院様の役職員様はじめ多数のご参加をお願いいたします。

また、講演終了後、「講師の先生を囲んでの懇談会」を催しますので、是非ご参加下さるようお願い申し上げます。

記

１．開 催 要 項　　別　紙

２．参加申込書　　FAX 送信票

以上

［連絡先］　一般社団法人福島県病院協会　事務局（渋谷・石堂）
TEL　024－521-1752
FAX　024－521-2986
E-mail　　shibuya-r@blue.ocn.ne.jp

一般社団法人福島県病院協会

令和６年度「経営管理研修会」開催要項

１　目　　的　　病院運営及び経営管理の一助並びに会員相互の資質の向上を図るため

２　開催日時　　令和　６年１１月２９日（金）16：00～17：30

３　開催方法　　会場及び Web オンラインハイブリッド方式
※会場参加　　福島県医師会館　１階大会議室
（福島市新町４番２２号）

※オンライン参加（Webex ミーティング）

４　講　　演　　＜演　題＞『日本赤十字社の医療事業』
－経営改善への取り組みと地域医療構想－

＜講　師＞　日本赤十字社業務執行理事
医療事業推進本部
本部長　　渡部洋一（わたなべよういち）　先　生

＜座　長＞　一般社団法人福島県病院協会 常任理事
福島赤十字病院
院　長　　鈴木恭一

５　参加費　　一　人　　４，０００円
※会場参加の方は受付時にお支払いください。
※Web での参加の方は、11/19（火）まで申し込み並びにお振込みをお願いいたします。

６　参加申込　　令和　６　年　１１　月１９日（火）まで
※別紙「参加申込書」により FAX でお申込みをお願いいたします。

７　懇親会　　講師を囲んでの懇親会をおこないます。
懇親会参加費はお一人 5,000 円のご負担をお願いいたします。（当日受付時徴収。開始時間：18：00～）

一般社団法人福島県病院協会　行

FAX 送信先：０２４－５２１－２９８６

e-mail：shibuya-r@blue.ocn.ne.jp

令和６年度『経営管理研修会』参加申込書

（参加申込締切：11 月 19（火））

病　院　名：

申込担当者：　　様

ご 連 絡 先：

※どちらかの参加方法に☑を入れお申込み願います

□【会場参加】（福島県医師会館　大会議室）

職　　名	会 場 参 加 者 氏 名	懇親会参加
①		有　・　無
②		有　・　無

□【Web 参加】（Webex ミーティング）

職　　名	Web 参 加 者 氏 名
① 研修会参加者氏名	
メールアドレス	
② 研修会参加者氏名	
メールアドレス	

※11 月 28 日（木）までに事務局から接続 URL を送付いたします。

【ご注意】

１．会場参加の方は、必要事項をご記入の上、お申込み下さい。
２．Web での参加の方は、11/19（火）まで申し込み並びにお振込みをお願いいたします。
３．懇親会参加を希望される方は、懇親会参加の欄の「有・無」に〇でお囲み願います。
（懇親会参加費はお一人 5,000 円、受付時に徴収いたします）

別　紙

【Web オンラインで参加される方の参加方法・参加料振込み方法】

注１）参加申込み締切り期限日　11/19（火）まで、参加申込書を FAX またはメールにて受付いたします。
※当日、申し込みの方が参加できなくなった場合、代替の方の参加を可能とします。事前に事務局までご連絡ください。

注２）Web オンラインでの参加は、配信する Web システム（Webex ミーティング）を接続するパソコンのメールアドレスを必ずご記入ください。
11 月 28 日（木）まで事務局から接続 URL を送付いたします。

注３）ネット環境は有線 LAN での接続を推奨します。（Wi-Fi 等の接続や携帯等での参加は、電波の状況等による不具合で切断された場合は、再度入室し研修会にご参加ください）
オンライン接続方法・配布資料等につきましては、申込書に記載した申込みメールアドレスへ送信しますので、メールを受け取れるよう事前の確認をお願いします。
送付した資料等は当日まで各自印刷をしてご準備をお願いいたします。

注４）お振込用紙の依頼人名義は、医療機関名の記載でお願いします。
（「○○○病院」のみ。法人名、財団名の記載は不要です）
※お振込み金額は、参加人数分をまとめてお振込みをお願いします。

注５）お振込み手数料は、ご負担願います。

【　振　込　先　】

東邦銀行　本店　普通預金　14996
一般社団法人　福島県病院協会　　会長　佐藤（さとう）　勝彦（かつひこ）