

第4回福井総合病院パス見直し研修
開催要綱

| | | |
|------|--|------------------|
| 日時 | 2019年10月26日(土) 9:00(8:30受付開始)～16:00 | |
| 場所 | 福井総合クリニック 6階ホール 福井市新田塚1-42-1 TEL(0776)21-1300 | |
| 内容 | 福井総合病院におけるパス見直しの実地研修を行います | |
| 参加費 | ¥3,000(研修当日、受付にて徴収させていただきます) | |
| 対象者 | 医療関係者であれば職種を問いません | |
| 募集定員 | 18名(1施設3名まで) | ※当院の職員も30名程度参加予定 |

| | | |
|--------|-------|---------------------|
| 日程(予定) | 8:30 | 受付開始 |
| | 9:00 | 開会 |
| | 9:05 | 講義 パスの見直しによる医療の質の向上 |
| | 10:05 | グループワーク (昼食) |
| | 13:30 | グループワーク |
| | 15:30 | 発表 |
| | 16:00 | 閉会 |

※日本クリニカルパス学会資格認定教育研修3単位が取得できます

※グループワークでは7～8人での共同作業・ディスカッションを行います

アウトカム評価、オールバリエーション分析、ベンチマーキングによる分析をグループ毎で行います

※昼食は各自ご準備ください

尚、お弁当を注文する事(事前申込要1,000円程度)も可能です

| | |
|--------|----------------------------------|
| 参加申込方法 | 1. FAXまたはメールにて受付いたします |
| | 2. 申込書に必要事項をご記入のうえお申し込み下さい。 |
| | 3. 先着順となりますので定員になり次第締め切らせていただきます |
| | 4. 参加の可否については、追ってご連絡させていただきます |

| | |
|-----------|--|
| 申し込み・問合せ先 | 担当者：福井総合病院秘書室 坂下 |
| | TEL：(0776) 59-1300 FAX：(0776) 59-2538 |
| | Mail： fg@mg.biglobe.ne.jp |

第4回福井総合病院パス見直し研修 参加申込書

| | | | |
|---------------|---|---------|---|
| 施設名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL () | — | FAX () | — |
| Mail | | | |
| 代表者名 (連絡先) | | | |

| 参加者名 | ふりがな | 性別 | 職種 | 役職 | 昼食 弁当 注文 |
|------|------|-----|----|----|----------------|
| | | 男・女 | | | 要・不要 |
| | | 男・女 | | | 要・不要 |
| | | 男・女 | | | 要・不要 |

※ 「ふりがな」は忘れずご記入ください

※ 参加費、弁当代金は、当日受付にて徴収させていただきます