

DPCコース 第10期スクーリング再受講のご案内

平成30年度診療報酬改定 対応

DPCコース認定者がタイムリーに最新情報を取得し、関係業務に対応するためのフォローアップ対策として、再受講制度を設けました。

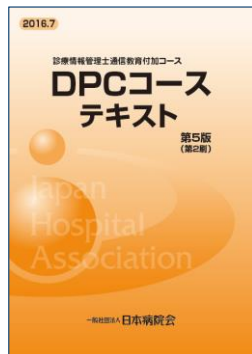
- 日程・会場**
- (1) 東京開催：平成30年11月10日(土)・11日(日)
 - 日本病院会セミナールーム(〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15)
 - (2) 大阪開催：平成30年10月27日(土)・28日(日)
 - 新梅田研修センター(〒553-0003 大阪府大阪市福島区福島6-22-20)
 - (3) 福岡開催：平成30年 9月15日(土)・16日(日)
 - 国立病院機構九州医療センター(〒810-8563 福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1)
- ※全会場とも1日目は10時～17時、2日目は9時～17時を予定
※詳しい時間割は後日、下記URLに掲載

対象 DPCコース認定者

再受講料 10,000円(税込) (2日間のスクーリング参加費)

※最新テキスト希望の方は、別途8,000円にて購入ください。
(下記URLに掲載の専用用紙にて申込)

※座席数に限りがあるため先着順となります。
(必ず申込用紙(参加証)受け取り後、参加費を納入のこと)



申込から当日までの流れ

1. 申込用紙に必要事項を記入のうえ、FAXまたは郵送でお申し込みください。(申込締切：6月8日(金))

<FAXの場合> 日本病院会通信教育課 **FAX：03-5215-6648**

<郵送の場合> 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル
一般社団法人日本病院会 通信教育課 DPCコース係
*返信先を記入し、82円切手を貼った返信用封筒(長3サイズ)を同封してください。

2. 申込受理後、参加番号を記入した申込用紙(参加証)を返送します。

(FAX申込の方にはFAXで、郵送申込の方には郵便で返送します)
(申込用紙(参加証)の返送は、申込締切後となります)

3. 申込用紙(参加証)を受け取り後、参加費を納入してください。

郵便局備え付けの振込用紙(青印字)を利用し、参加者氏名、参加番号を必ず記入してください。

<振込先> 郵便振替 口座番号：00190-5-396045

口座名：一般社団法人日本病院会 通信教育部

<納入期限> 7月13日(金)

4. 申込用紙(参加証)に「振込金受領証(コピー可)」を添付し、当日会場にお持ちください。

◆注意事項

※内容は予告なく変更する場合があります。

※参加費の振込手数料は参加者が負担してください。

※録音・録画・撮影などはできません。

※納入後、参加費の返却はできません。

※会場での参加費納入はできません。期限までに納入が確認できない場合、ご参加いただけません。

※空調は座席により温度差があります。必要な方は、上着等をご用意ください。



申込書は裏面へ

専用HP

<http://www.jha-e.com/dpc/>

DPCコース 第10期スクーリング再受講申込書

下記事項をご記入のうえ、事務局までFAXまたは郵送にてお申し込みください。
 本紙は申込受理後、申込締切日以降にFAXまたは郵送で受理確認の返信をいたします。
本紙が参加証となります。払込金受領証（コピー可）を貼付し、当日必ずご持参ください。

＜郵送による返信をご希望の方へ＞

返信先を記入し、82円切手を貼った返信用封筒を同封してください。また万が一の郵送事故に備え、コピーをお手元に残してください。

申込日：平成30年 月 日

| | | | |
|-----------------|----------------|----------------|--|
| 希望会場 (○をつける) | 【東京】 【大阪】 【福岡】 | 返信先FAX | |
| (フリガナ) 氏名 | | DPCコース 認定番号 | |

※希望連絡先として、勤務先、または自宅のどちらかを必ずご記入ください。

| | | | | |
|-----|------|-----|-----------------|--|
| 勤務先 | 施設名 | | | |
| | 所属 | | | |
| | 住所 | 〒 - | (都道府県からご記入ください) | |
| | 電話番号 | | FAX番号 | |
| 自宅 | 住所 | 〒 - | (都道府県からご記入ください) | |
| | 電話番号 | | FAX番号 | |

▼個人情報等の使用に係る同意（下記【個人情報等の取扱いに関して】に同意いただけましたらチェック願います。チェックがない場合は申し込みできません）

【個人情報等の取扱いに関して】

日本病院会主催 DPC コースにおきまして、下記によりあなたの肖像（受講風景等の画像）ならびに個人情報を利用させていただきたく、内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願い申し上げます。なお、写真等の掲載および個人情報の取り扱いについては、肖像権ならびに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

1. 個人情報の利用目的について
肖像ならびに個人情報の使用について一般社団法人日本病院会は、受講者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の受講者個人に関わる情報（以下「個人情報等」）を、日本病院会 DPC コースに関する受講者への連絡、受講者管理、修了証の作成に利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。
2. 個人情報の委託について
一般社団法人日本病院会は、DPC コース開催に伴いお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、取り扱いを委託することはありません。
・連絡物の作成、発送を業者に委託する場合
3. 個人情報の提供の任意性について
個人情報の提供がされない場合、受講することが出来ません。
4. 個人情報の開示等について
一般社団法人日本病院会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることを確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。また、入講後は、個人情報等を含む受講申込書類一式は原則、返却いたしません。

個人情報管理責任者

忘れずに

「日本病院会主催「DPCコース 個人情報等の取扱いに関して」に同意します。

事務局記入欄

参加受理しました。（受理日： 年 月 日 担当： ）

※下記参加番号を参加費振込の際に必ず記入してください。

| | | | |
|------|----------|-----|----|
| 参加番号 | 東京・大阪・福岡 | FAX | 郵送 |
|------|----------|-----|----|