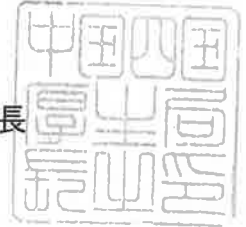


中厚発0820第20号

平成30年8月20日

山口県健康福祉部長 殿

中国四国厚生局長



平成30年度医療安全セミナーの開催周知について（依頼）

平素より、中国四国厚生局が実施する医療安全事業にご協力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、医療安全セミナーの開催について、平成30年6月27日付中厚発0627第5号にて通知しているところですが、今般、受講希望者の申込締切日を平成30年9月28日（金）まで延長することといたしました。

つきましては、内容について御了知いただくとともに、別添を貴県内所在の各医療機関や各関係団体に送付する等、できるだけ多くの方が参加いただけるよう本セミナーの周知に特段の御配慮をお願いいたします。

担当：

中国四国厚生局健康福祉部医事課

電話：082-223-8204

FAX：082-223-7889

E-MAIL：ijikachugoku@mhlw.go.jp



厚生労働省

中国四国厚生局

Chugoku-Shinku Regional Bureau of Health and Welfare

「平成30年度医療安全セミナー」 開催のお知らせ

テーマ

育てよう！安全文化、備えよう！事故対応
～すぐに実践できる医療安全を学ぶ～

中国四国厚生局では、現在、医療安全セミナーの参加者を募集しています。本年は「育てよう！安全文化、備えよう！事故対応」をテーマに、日常のヒューマンエラー対策やあるべき院内事故調査の進め方及び患者・医療者との信頼構築に向けた提言等を予定しています。中国5県で、医療機関等の関係者又は医療安全に関心のある方であれば、どなたでも参加可能ですのでお気軽にご参加ください。

開催日時

平成30年10月21日（日）10:00～16:55（9:30受付開始）

会場

広島国際会議場「ヒマワリ」（広島県広島市中区中島町1-5）

対象者

中国5県で、医療機関等の関係者・医療安全に関心のある方

プログラム

日時	講演内容
10:15-11:15	講演1：世界標準の医療安全 ～WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版に学ぶ～ 講 師：千葉大学医学部附属病院医療安全管理部 教授 相馬 孝博
11:25-12:25	講演2：医療事故発生時の対応 ～院内事故調査と事故当事者へのサポート～ 講 師：医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院院長補佐 情報管理部長 長谷川 剛
13:20-14:20	講演3：患者・家族が求めるもの ～患者・家族と医療者の信頼構築に向けて～ 講 師：医療事故市民オンブズマン・メディオ副議長 菅俣 弘道
14:30-15:40	講演4：ヒューマンエラー防止と現場力強化 講 師：早稲田大学理工学術院創造理工学部経営システム工学科 教授 小松原明哲
15:50-16:50	講演5：医療事故情報収集事業から見てきた医療安全の現状 講 師：公益財団法人 日本医療機能評価機構 執行理事 後 信

申込

- メール又は別紙「参加申込書」に必要事項を記入しFAXにてお申込下さい。
- 締切：平成30年9月28日（金）（定員に達し次第、締め切り）
- 参加無料（交通・宿泊は各自負担・手配）
- 申込・問合先：中国四国厚生局 健康福祉部 医事課
メール：ijikachugoku@mhlw.go.jp FAX：082-223-7889
電 話：082-223-8204

詳しくは…

中国四国厚生局



平成30年度医療安全セミナー参加申込書

(別 紙)

平成30年10月21日に開催される「平成30年度医療安全セミナー」に参加を申し込みます。

(注1) 申込は、下記の表に必要事項を記入し、このエクセルファイルを添付してメールまたはFAXを送信してください。

○申込専用のメールアドレス→ ijikachugoku@mhlw.go.jp

○FAX番号 082-223-7889

(注2) メール、FAX送信時には、誤送信に十分ご注意ください。

(注3) 確認のため連絡する場合がありますので、所属・氏名・電話番号をメール本文に記入してください。

(注4) 受付しましたら、1週間以内に受付番号を付した返信メールを送信します。(1週間経過しても返信メールが届かない場合は、正常に受付されていない可能性がありますのでお問い合わせください。)

(注5) 携帯メールの「ドメイン規制」、「なりすまし防止機能」などによりメールの不達が発生しています。各種制限を解除するか、携帯メール以外のメールアドレスを記入してください。

(注6) 申込期限は平成30年9月28日(金)ですが、定員に達したときは期限前に締め切ることがあります。

記

1	氏名(必須) * 全角で姓と名の間にスペースを入れてください。(例) 中国 花子	
2	>氏名のふりがな(必須)	
3	セミナー当日の年代(必須) * 該当する年代を選択してください。	
4	メールアドレス(必須) * 半角英数で入力してください。	
5	>確認用メールアドレス(必須) * もう一度手入力してください。	
6	職種(必須) * 該当する職種を選択してください。	
7	所属している施設の名称 * 施設に所属している場合に記入してください。	
8	>所属施設の名称のふりがな * 同上	
9	病床数 * 同上	
10	所属施設の住所 * 同上	
11	所属施設の電話番号 * 同上 (例) 082-223-0000	
12	所属施設のFAX番号 * 同上	
13	研修参加証希望の有無(必須) * 「有」か「無」を選択してください。	
14	質問をしたい講演(任意) * 該当する講演を選択してください。	
	質問内容 * 回答は、講演後、残り時間がある場合に、講師から行っていただけます。なお、その場合も、時間の範囲内で、代表的な質問に限らせていただきますので、予めご了承ください。	
15	申込(記入)年月日	平成30年 月 日