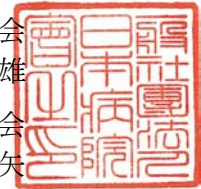


日本病院会会員病院
理事長様
病院長様
担当者様

一般社団法人 日本病院会
会 長 塚 常 雄
日本病院会 QI 委員会
委 員 長 福 井 次 矢



日本病院会「QI プロジェクト 2017」への新規募集について（再募集）

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。常日頃より、本会 QI プロジェクト事業へのご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

日本病院会では、QI プロジェクトを診療の質向上のための重要課題の一環とし、平成 23 年度に 30 病院から本事業が開始しました。お蔭をもちまして、関係者から高い評価を受けることができ、現在参加病院は 350 施設を数えるに至り、ひとえに病院医療の発展に資する活動に対するご理解の賜物と感謝申し上げます。

つきましては、平成 29 年度の新規参加施設を下記のとおり募集いたします。貴院におかれましては本 QI プロジェクトの趣旨をご理解いただき、積極的な参加を賜りたくご連絡申し上げます。

なお、参加にあたりましては QI プロジェクトホームページ (<https://www.hospital.or.jp/qip>) コンテンツにある指標、参加施設および報告書をご参考ください。参加希望施設は、専用画面 (<https://www.hospital.or.jp/qi-join/>) より入力、または別紙回答書に記入いただき FAX にて **平成 29 年 3 月 1 日 (水) 正午(QI 活動の普及拡大のため、より多くの会員病院に参加していただきますよう再募集いたします)**までにお申し込みくださいますようお願い申し上げます。

記

1. 対 象： 一般社団法人日本病院会正会員とする。
2. 参加費用： 平成 29 年度（初年度分）として 1 施設 5 万円（ただし税別。次年度以降 1 年度あたり 3 万円とします。分析、連絡および管理費用分）
3. 選考結果： 選考結果は応募施設担当者に通知します。
4. 事業内容： 分析データは施設にフィードバックをし、その数値を本会ホームページ上で公表します。
5. そ の 他： ①本事業関連説明会への交通費等は参加施設負担とします。
②すでに本プロジェクト参加施設担当者宛に継続参加の案内をお送りしています。お手数をおかけいたしますがご確認いただきますようお願いいたします
③厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業に申請する予定です。詳細につきましては、4 月以降にホームページ上でご連絡いたします。

以上



FAX 送信先 03-3238-6789

送信日 ____年____月____日

※送り状は不要です。

平成 29 年 3 月 1 日 (水) 正午締切

日本病院会 Q I プロジェクト 2017 に新規応募します

1. 病院名 : _____

2. 所在地 : _____

3 : 電話番号 : _____ ファクス番号 : _____

4 : 理事長・病院長名 _____

5 : 窓口となるご担当者の情報

お名前 : _____

所属部課・職名 : _____

電話番号 : _____ 内線 : _____ ファクス番号 : _____

Email : _____

6. QI プロジェクト 2017 諸費用 (分析・連絡費用等) の 5 万円/年負担を承諾します

※参加費用は初年度のみ 5 万円 (税別)。次年度以降 3 万円/年度 (税別) の予定です
⇒振込情報等は後日ご案内いたします



承諾の場合は、
チェックをいれます



本件に関する連絡先 : QI プロジェクト事務局
一般社団法人 日本病院会
東京都千代田区三番町 9-15
電話 : 03-3265-0077
FAX : 03-3238-6789