

日病会発第 219 号
平成 22 年 3 月 1 日

理事長 殿
病院長 殿
事務長 殿

社団法人 日本病院会
会長 山本修三
診療情報管理士教育委員会
委員長 大井利夫



社団法人日本病院会認定
「医師事務作業補助者コース」第 2 期生の募集について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

本会諸事業については、格別のご協力、ご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会診療情報管理士教育委員会では、医師の事務作業を補助する専従者を養成するため、「医師事務作業補助者コース」を設置し、「医師事務作業補助体制加算」を申請する際の必要となる要件を満たした研修を実施いたします。

つきましては、下記のとおり募集いたしたく、貴院におかれましては業務ご多忙のことと存じますが、職員の受講にご高配を賜りたくよろしくお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 受講対象者 病院管理者が認めた者

2. 研修日時 平成 22 年 6 月 26 日（土）、27 日（日）9：00～18：00

会場：東京 笹川記念会館（〒108-0073 東京都港区三田 3-12-12）

大阪 大阪医専（〒531-0076 大阪市北区大淀中 1-10-3）

3. 受講料 30,000 円（教材費、研修参加費含む）
- ・受講受理通知を受けてから納入のこと。（受理通知は 5 月頃発送予定）
 - ・既納の受講料は返却できません。
4. 募集定員 200 名
5. 申込締切 平成 22 年 4 月 30 日（金）（必着）
6. 申込方法 申込用紙（別紙 1）と承諾書（別紙 2）に必要事項を記入し、下記まで郵送にてお申込みください。
- （社）日本病院会 通信教育課 医師事務作業補助者コース係 宛
〒102-8414 東京都千代田区一番町 13-3
お問合せ：TEL 03-5215-6647 FAX 03-5215-6648

<研修内容>

研修の内容は以下の項目に係る基礎知識を習得します。

- ①医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要
- ②個人情報の保護に関する事項
- ③当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等
- ④診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力
- ⑤電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む）

1. 研修会の項目と時間割（14 時間分）2 日間 （※教材配布 6 月頃）

研 修	時 間
(1) 医師事務作業補助者のあり方と接遇 個人情報の保護	1.5 時間
(2) 医療情報システムと電子カルテ（診療録の記載、管理含む）	1.5 時間
(3) 医学一般と感染対策	1.5 時間
(4) 保険診療概要	1.5 時間
(5) 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要	1.5 時間
(6) 薬剤の基礎知識	1.5 時間
(7) 配置部署における診療の流れ、診療支援業務	1.5 時間
(8) 診断書・証明書等の実務	1.5 時間
(9) 医療安全	1 時間
(10) 検査一般の知識	1 時間

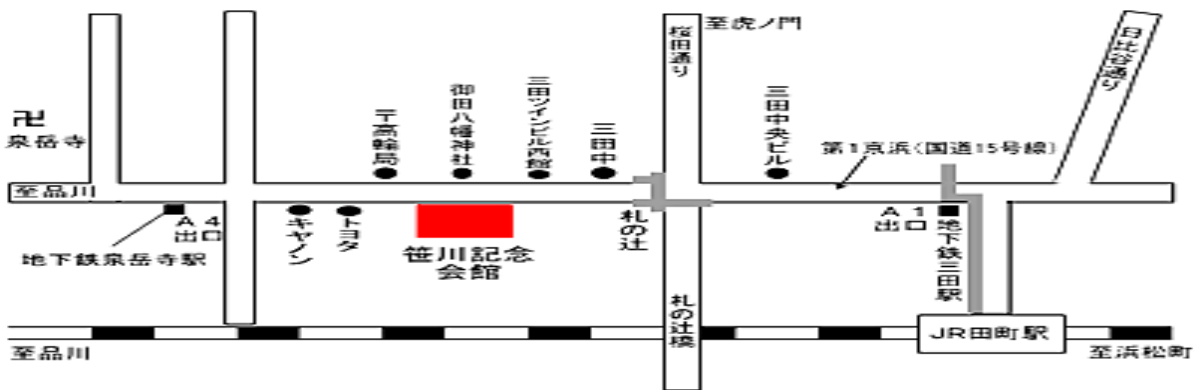
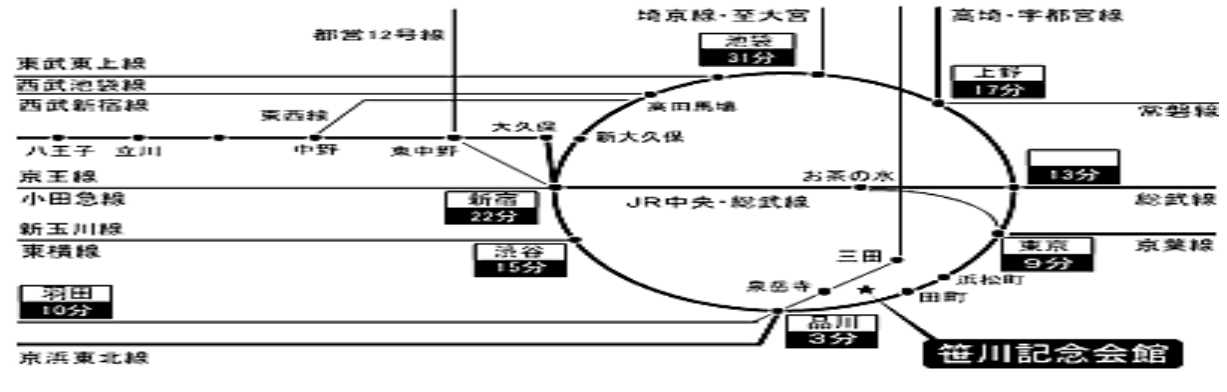
2. 院内研修レポートの項目（18 時間分）（※レポート配布 6 月頃）

(1) 院内がん登録概要、登録手順、データ活用	2 時間
(2) 医学一般	2 時間
(3) 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規	2 時間
(4) 医療情報システムと電子カルテ（診療録の記載、管理含む）	2 時間
(5) 個人情報の保護に関する事項	2 時間
(6) 診断書・証明書等の実務	2 時間
(7) 医師事務作業補助者のあり方と接遇	2 時間
(8) 配置部署における診療の流れ	2 時間
(9) 医療安全の実際	2 時間

※研修会項目、院内研修レポートの項目については、変更する場合がありますので、連絡物にご注意ください。

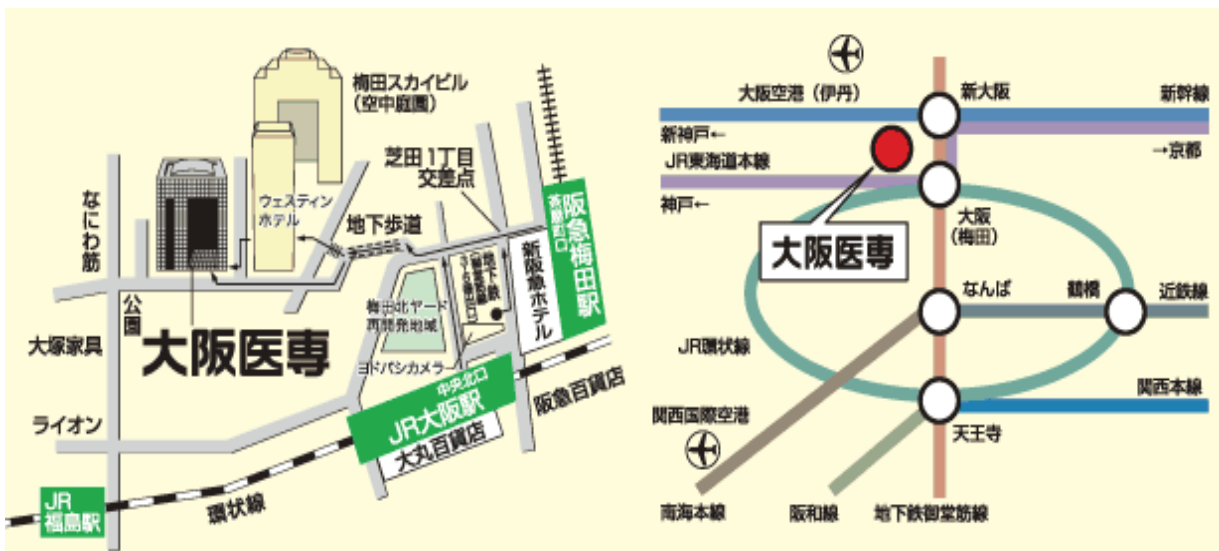
医師事務作業補助者コース会場地図

東京会場



JR 田町駅（三田口）、都営地下鉄三田線三田駅より徒歩 15 分
 都営地下鉄浅草線泉岳寺駅より徒歩 5 分（A4 出口右へ）

大阪会場



JR 大阪駅、阪急・阪神・地下鉄梅田駅から徒歩 10 分（地下歩道経由）。

※会場及び日程は、会場の都合等によりやむを得ず変更する場合がありますので、連絡物にご注意ください。

平成 年 月 日

承諾書

病院名 _____

氏 名 _____

社団法人日本病院会認定「医師事務作業補助者コース」の研修内容を当院の医師事務作業補助者研修として認め、上記の者が受講することを承諾します。

平成 年 月 日

診療情報管理士教育委員会
委員長 大井 利夫 殿

病院名 _____

役 職 _____

氏 名 _____ (印)

0 2

*受付番号

医師事務作業補助者コース 第 2 期生受講申込書

<記入に関する注意>

- ・ 写真を必ず貼付けてください
- ・ 黒のボールペンを使用し、楷書体で丁寧に記入してください
- ・ □には✓を付けてください
- ・ フリガナの濁点、半濁点は 1 マス使用して記入してください

<写真貼付>

1. 縦 4cm×横 3cm
2. 本人単身、上半身
正面脱帽カラー
写真(白黒不可)
3. 裏面に氏名、生年
月日を記載

申込書記入日	平成 2 2 年	月	日
--------	----------	---	---

	姓	名	捺印
フリガナ(カタカナ記入)			印
氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日(西暦)	年	月	日
最終学歴	<input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院	最終学歴学校名	
卒業年月日(西暦)	年	月	日
診療情報管理士	認定番号 ※認定者のみ記入		
	通信教育受講番号 ※受講者のみ記入		

自宅住所	〒	—	
マンション・アパート名			
自宅電話番号		—	—
携帯番号		—	
自宅 e-mail	@		

勤務先(派遣先)名			
勤務先(派遣先)所属			
勤務先(派遣先)住所	〒	—	
勤務先(派遣先)電話番号		—	—
勤務先(派遣先)e-mail	@		
派遣元会社名 *派遣社員の場合のみ記入			

希望会場(1つ選択)	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪
郵便物送付先(1つ選択)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅

* 個人情報については、「社団法人日本病院会における個人情報保護方針」に基づき、名簿の作成、資料の発送、その他「医師事務作業補助修了者」に付帯する内容に限り使用します。「社団法人日本病院会における個人情報保護方針」に同意の上、記入してください。