

(様式-2)

平成 30 年 9 月 28 日

一般社団法人日本医療経営実践協会
代表理事 吉原 健二 様

申請者

医療経営士 1 級認定登録番号：10110017010003
氏名（フリガナ）：平間 康宣（ヒラマ ヤスノリ）

「医療経営指導士」主催事業開催申請書

下記のとおり事業を開催しますので、許可くださいますようお願い書類を添えて申請いたします。

1. 事業名	道北医療経営ネットワーク
2. 主催者名	道北医療経営ネットワーク
3. 事業目的	道北地域における医療経営視点から人的ネットワークの構築及び人財の底上げを図り、道北地域における将来的な医療・介護経営の発展に寄与できる会をめざす
4. 開催場所	北彩都病院 6F 多目的ホール
5. 開催日時 ・回数	キックオフセミナー：2018 年 8 月 17 日 次回以降半年に 1 回のペースで開催予定
6. 参加対象者 ・人数	対象者：道北地域の医療機関職員・医療経営士資格者 人数：30 名前後
7. 参加費	なし
8. その他	

【添付書類】 ①道北医療経営ネットワーク（案内チラシ）
②石井ゼミ in 旭川

【ご連絡先】「自宅もしくは勤務先」
住 所：北海道旭川市旭神 2 条 5 丁目 4-4
電 話：090-3899-3719
メール：yasunori.hirama@jinyukai.jp

道北医療経営ネットワーク 設立のご案内



会の目的

近年、「地域連携（ネットワーク）」が喫緊の課題として認識される医療・介護業界において、医療経営士が主体となって道北地域における医療経営視点から人的ネットワークの構築及び人財の底上げを図り、道北地域における将来的な医療・介護経営の発展に寄与できる会を設立したいと思います。

また、日本医療経営実践協会の各支部活動において、本会と同様の活動を既に実施している地区もあり、同協会のサポートを受けながら会を運営していく予定です。

活動内容

- 1)参加者による持ち回りの内部講師及び外部講師招聘による各種勉強会(財務、人事、医事、情報システム等)を半年に1回程度実施
- 2)情報交換を目的とした交流会実施

対象と運営

対象:医療経営士及び医療経営に興味関心のある方

運営:各種会則を設け複数の医療機関で事務局運営を想定

なお、キックオフセミナーを8/17(金)、8/18(土)日本医療企画北海道支社と共催で、石井富美先生をお招きし実施いたします。

※詳細は別紙ご案内を参照願います。

お問い合わせ先:医療法人仁友会 北彩都病院 平間 康宣

TEL:0166-26-6411(内線210)

E-mail:yasunori.hirama@jinyukai.jp



医療・経営現場で求められる実践力を身につける“石井ゼミ” in 旭川
 ～道北医療経営ネットワークキックオフセミナー～

医療経営の“イマ”を学び“未来”を読む

★8月17日(金) 18:30～19:30 ※終了後懇親会を開催

【スペシャルセッション】

これからの医療経営を考えよう！

石井 富美 氏(多摩大学医療・介護ソリューション研究所フェロー)

平間 康宣 氏(医療法人仁友会 仁友会本部本部長、北彩都病院事務長、医療経営指導士)

【プレゼンテーション】

道北医療経営ネットワークについて

★8月18日(土) 10:00～16:00

【講義&グループワーク】

医療経営の現場で求められる実践力を学ぼう！

情報&データ管理と効果的な活用、モニタリング／自部署の事業計画書・予算計画の
 つくり方と進捗管理／価値を産み出すマーケティングとブランディング ほか

石井 富美 氏(多摩大学医療・介護ソリューション研究所フェロー)



会場 医療法人仁友会 北彩都病院 6F多目的ホール
 (旭川市宮下通9丁目2番1号)

主催 株式会社日本医療企画北海道支社・日本医療経営実践協会北海道支部

Copyright(C) Asahikawa

お申し込みフォーム

FAX 送付先：011-223-5126

該当するものに チェック	【会 員】 <input type="checkbox"/> 両日参加(6,000円) <input type="checkbox"/> 17日(金)のみ(1,000円) <input type="checkbox"/> 18日(土)のみ(5,000円) 【一 般】 <input type="checkbox"/> 両日参加(7,000円) <input type="checkbox"/> 17日(金)のみ(1,000円) <input type="checkbox"/> 18日(土)のみ(6,000円) <small>※医療経営士の方は同行者3名様まで会員価格でお申し込みいただけます</small>			
貴社名			お名前	
所属部署			役職	
ご住所	〒 _____ ○印をお付け下さい(ご自宅・お勤め先)			
TEL		FAX		e-mail
協会認定登録番号			参加人数	名
代表者以外の 参加希望者名			代表者以外の 認定登録番号	

講演タイトルなど変更がある場合がございます。あらかじめご了承ください。
 本申し込みによって取得した個人情報、セミナー主催者からのご案内等に限り利用させていただきます。

※申込完了案内、受講票の送付をメールにてお送りしますので、必ずご記入下さい。

お問い合わせ：日本医療経営実践協会北海道支部 担当：緑川 TEL 011-223-5125 E-MAIL：hokkaido-shibu@jmmpa.jp