

「平成25年度第1回医療コンフリクト・マネジメントセミナー（導入編）」  
開 催 要 領

1. 日 時 平成25年7月13日（土） 午後3時～午後5時
2. 場 所 新潟県医師会館 3階 大講堂
3. 定 員 150名
4. 参 加 費 3,000円  
※当日受付にてお支払いください
5. 対 象 者 医療・福祉・保健施設等に勤務されている方  
（職種は問いません）
6. 主 催 新潟県医師会 新潟県病院協会（共催）
7. 受 付 期 間 7月5日（金）まで  
※参加申込が定員を超えた場合は、受付順、職種、所属施設の  
地域等を考慮し、人数を調整させていただきますのでご了承  
ください。なお、お断りさせていただく場合は、概ね開催日  
の一週間前までにお知らせいたします。
8. 申 込 方 法 県内の医療機関の長、休日夜間診療所の長、郡市医師会長等あ  
てお送りする参加申込票にご記入いただき、本会業務一課あて  
お申し込みください。
9. 参考テキスト 『医療メディエーションーコンフリクト・マネジメントへの  
ナラティブ・アプローチ』  
和田仁孝／中西淑美：著 出版社：シーニュ
10. プログラム ○開 会  
(予 定) ○講 演  
「医療コンフリクト・マネジメント導入編  
ーメディエーションの理論と技法ー」  
早稲田大学大学院法務研究科 教授 和田 仁孝 先生  
○質疑応答  
○閉 会
11. 問 合 先 新潟県医師会 業務一課  
TEL 025-223-6381 FAX 025-224-6103  
Mail gyoumu1@niigata.med.or.jp



「平成25年度第1回医療コンフリクト・マネジメントセミナー（基礎編）」  
開催要領

1. 日 時 平成25年7月13日（土） 午前 9時～午後6時  
7月14日（日） 午前 9時～午後5時
2. 場 所 新潟県医師会館 4階 401・402会議室
3. 定 員 24名
4. 参 加 費 24,000円（2日間の昼食代を含む）  
※当日受付にてお支払いください
5. 対 象 者 医療・福祉・保健施設等に勤務されている方（職種は問いません）で、原則として過去に医療コンフリクト・マネジメントセミナーの導入編を受講済の方  
※導入編未受講の方でも、あらかじめウェブで導入編を視聴していただくことで、受講可能です。
6. 主 催 新潟県医師会 日本医療メディエーター協会（共催）
7. 受 付 期 間 7月5日（金）まで  
※参加申込が定員を超えた場合は、受付順、職種、所属施設の地域等を考慮し、人数を調整させていただきますのでご了承ください。なお、お断りさせていただく場合は、概ね開催日の一週間前までにお知らせいたします。
8. 申 込 方 法 県内の医療機関の長、休日夜間診療所の長、郡市医師会長等あてお送りする参加申込票にご記入いただき、本会業務一課あてお申し込みください。
9. 参 考 テ キ ス ト 『医療メディエーションーコンフリクト・マネジメントへの  
ナラティブ・アプローチ』  
和田仁孝／中西淑美：著 出版社：シーニュ  
※各自ご用意いただいたうえで、事前にご一読ください。
10. プ ロ グ ラ ム  
（予 定） ○開 会  
○セミナー【講義・ロールプレイ】  
講 師  
早稲田大学大学院法務研究科 教 授 和田 仁孝 先生  
山形大学医学部総合医学教育センター 准教授 中西 淑美 先生  
尼崎医療生協病院医療の質安全管理室 室 長 遊道 桂子 先生  
○閉 会
11. 追 加 講 義 医療有資格者以外で、患者サポート体制充実加算の算定要件となる研修を修了希望の方は、追加講義を受講してください。  
講義の開催日時：7月13日（土） 午後6時～午後8時  
7月14日（日） 午前8時～午前9時
12. 問 合 先 新潟県医師会 業務一課  
TEL 025-223-6381 FAX 025-224-6103  
Mail gyomul@niigata.med.or.jp

FAX 025-224-6103

送付文不要

新潟県医師会・日本医療メディエーター協会主催  
平成25年度第1回医療コンフリクト・マネジメントセミナー（基礎編）  
参加申込票

日 時 平成25年7月13日（土） 午前9時～午後6時  
7月14日（日） 午前9時～午後5時  
場 所 新潟県医師会館 4階 401・402会議室

以下の所定事項をご記入のうえ、7月5日（金）までにFAX等で本会業務一課あてあてご返信ください。

氏 名 (フリガナ)		性 別	男 ・ 女
		年 齢	歳
職 種 ・ 役 職	.	在職年数	現 職 年 現役職 年
所 属 施 設 名			
所 在 地	〒		
連絡先電話番号	日中、連絡が取れる電話番号（いずれか1つ）に○印を付けてください 所属施設・自 宅・携帯電話・その他（ ） （ ） ー		
メールアドレス	事務局との連絡に使用いたします		
導入編を受講した 年月日・開催場所	導入編未受講の場合は「未受講」と記入してください		
追 加 講 義	申 し 込 む ・ 申 し 込 ま な い		