

「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

FAX 025-224-6103

送付文不要

新潟県医師会・新潟県病院協会主催
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（導入編）
参加申込票

日時 平成25年7月13日（土） 午後3時～午後5時
場所 新潟県医師会館 3階 大講堂

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ご返信ください。

氏名 (フリガナ)	1	職種	
	2	職種	
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・その他（ （ ） —		

※ 本申込票1枚で2名までお申込できます。

「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		