

平成28年3月30日

各臨床研修病院長 殿
各臨床研修施設長 殿

JA 新潟県厚生連 上越総合病院
病院長 外山 譲二

第1回上越総合病院臨床研修指導医講習会の開催について

拝啓 貴職におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

このたび、第1回上越総合病院臨床研修指導医講習会を平成28年7月23日（土）・24日（日）の両日、一泊二日の合宿形式で、開催することとなりました。

参加の申込みは、別紙「参加申込書」を4月20日（水）までに下記宛てに提出をお願いいたします。

なお、参加申込者が多数の場合は、後日全体の人数を調整いたしまして、参加の可否を連絡させていただきます。

敬具

【参加申込先】

上越総合病院 臨床研修センター（担当：佐藤・梅澤）

〒943-8507

新潟県上越市大道福田 616 番地

TEL 025-524-3000

FAX 025-524-3002

E-mail rinsho@joetsu-hp.jp

「第1回上越総合病院臨床研修指導医講習会」開催要項

1. 主催 : 上越総合病院 臨床研修センター
2. 日時 : 平成28年7月23日(土) 9:00~21:00 (全員出席の情報交換会を含みます)
平成28年7月24日(日) 8:30~16:55(予定)
3. 場所 : 講習会場 直江津学びの交流館
住所 〒942-0001 新潟県上越市中央1丁目3番18号
電話 025-543-2859 Fax 025-543-2067
宿泊先 ホテルセンチュリーイカヤ
住所 〒942-0001 新潟県上越市中央1丁目2番7号
電話 025-545-3111 Fax 025-545-3123
4. 参加募集人数: 32名
5. 対象 : 基幹型・協力型臨床研修病院および臨床研修施設等に勤務する医師で、
今後各施設で指導的立場が期待される者。臨床経験7年以下でも受講可能。
6. 参加費用: 30,000円(宿泊代、食事代、情報交換会費用、資料代等込み)
※宿泊の手配は当院が行います。→ただし、前泊の必要な方は各自ご手配ください。
※受講が決まった方のみ振込先を通知いたします。
※原則として領収書の発行はいたしません。
7. 実施内容:
 - (1) セミナー形式…ワークショップ形式
 - (2) テーマ
 - ① 研修プログラム立案
 - ・社会が求める医師の基本的臨床能力とは
 - ・研修目標
 - ・研修方略
 - ・研修評価
 - ② 臨床研修制度の動向
 - ・研修制度理念と概要
 - ・到達目標と修了基準
 - ・研修病院の研修状況
 - ③ 研修教育の技法・問題点とその解決
 - ・フィードバック・一分間指導法
 - ・SEA体験
 - ・指導医のあり方
 - ・プロフェッショナルリズム

等

(3) セミナー実施責任者

主催責任者（ディレクター）

外山 譲二 （上越総合病院 病院長）

企画責任者（チーフタスクフォークス）

籠島 充 （上越総合病院 副院長）

研修指導者（タスクフォークス）

畑尾 正彦 （日本赤十字秋田看護大学 名誉教授）

清水 貴子 （総合病院 聖隷浜松病院 顧問）

野村 英樹 （金沢大学附属病院 特任教授 総合診療部 部長）

有岡 宏子 （聖路加国際病院 一般内科 部長）

佐々木俊哉 （桑名西医療センター 救急科部長）

8. 内容に関するお問合せ先：

上越総合病院 臨床研修センター（事務担当者：佐藤・梅澤）

〒943-8507 新潟県上越市大道福田 616 番地

Tel 025-524-3000 Fax 025-524-3002 E-mail rinsho@joetsu-hp.jp

9. 申込み方法：別紙の申込書使用（郵送・Fax・メール）

10. 申込み期限：平成28年4月20日（水）

11. 受講決定通知：平成28年4月末日までにFaxで通知いたします。

12. 修了証書：本講習会は厚生労働省が定める「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」に準拠した講習会であり、修了した受講者に対して厚生労働省医政局長名の「修了証書」を交付します。

13. その他：

- ・応募多数の場合、参加者の決定は主催者に一任いただくようお願いいたします。
- ・本講習会は合宿形式で行うため、原則として受講者全員に宿泊のうえ、情報交換会に出席していただきます。1日のみの参加者、途中退席者には終了証書は発行できません。
- ・当日の日程や内容、タスクのメンバーは変更となることがあります
- ・ワークショップのグループ分けは、臨床研修責任者/指導者の別、専門科、臨床経験年数等を参考に行います。
- ・受講決定通知を受け取った方がキャンセルする場合、お早めに事務局までお知らせください。
- ・参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。

第1回 上越総合病院臨床研修指導医講習会申込書

開催日 : 平成28年7月23日(土)～24日(日)

送付先 :

〒943-8507 新潟県上越市大道福田 616 番地

上越総合病院 臨床研修センター 事務担当: 佐藤・梅澤

TEL 025-524-3000 FAX 025-5254-3002

E-mail rinsho@joetsu-hp.jp

病院名 _____ 参加人数 _____ 名

推薦順位	氏名	ふりがな	役職名	専門	携帯電話番号 E-mail
1					
2					
3					
4					
5					

・参加希望者が多数の場合、推進順位が下位の方についてはご参加いただけないことがあります。

・参加者が決定しましたら4月末日までにFaxでお知らせします。

・なお、参加者の変更はできませんので予めご了承ください。

申込み期限: 平成28年4月20日(水)

担当部署 _____

担当者氏名 _____

T E L _____

F A X _____

E-mail _____