

「医療機関の働き方改革」研修会

【日時】 平成30年9月12日(水)

14時30分～17時00分(開場:14時)



【会場】 千代田区九段南1-2-1 九段第3合同庁舎11階 会議室

【主な内容】

1 医療機関と医師の働き方改革について

独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院

経営戦略室 室長 兼 卒後臨床研修管理室 室長 兼

救急総合診療科 部長 医師 **小西 竜太** 氏

2 働き方改革関連法の概要と医療機関の対応について

東京労働局 雇用環境・均等部

3 支援センターによる支援の実例について

東京都医療勤務環境改善支援センター 医療労務管理アドバイザー

(社会保険労務士)

【対象者】 医療機関の管理者、総務・人事・各部門責任者等

【参加費】 無料

参加申込は裏面をご参照ください(締切:9月7日(金))

主催 東京都医療勤務環境改善支援センター

共催 公益社団法人東京都医師会

公益社団法人東京都看護協会

一般社団法人東京都病院協会



「医療機関の働き方改革」研修会

【日時】

平成 30 年 9 月 12 日 (水)

14 時 30 分～17 時 00 分

(開場：14 時)

【会場】

千代田区九段南 1 - 2 - 1

九段第 3 合同庁舎 11 階

1 - 1・1 - 2・1 - 3 会議室

【申込方法】

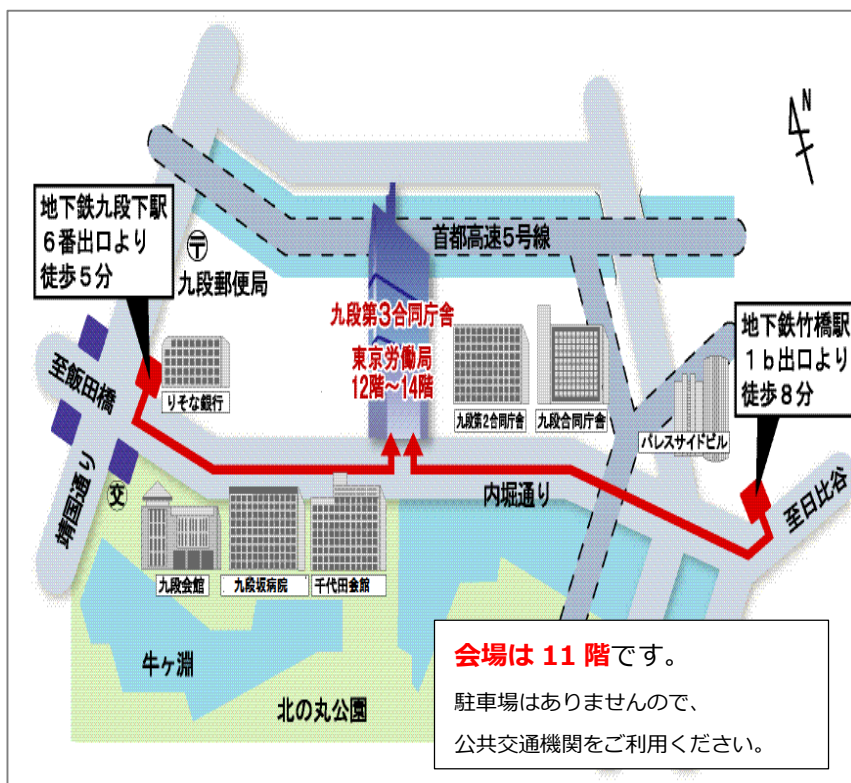
下記に必要事項をご記入の上、

平成 30 年 9 月 7 日 (金) までに

F A X にてお申込みください。

定員に達した場合は、期限内であっても締切となります。

また、研修会当日はこの申込書を受付にご提出ください。



..... (切取不要、このまま送信し、当日持参してください)

参加申込書

東京都医療勤務環境改善支援センター行 FAX 送信先：03 - 5289 - 8820

(東京都社会保険労務士会 (電話 03-5289-0751))

参加者① 職・氏名	御役職	フリガナ	
		お名前	
参加者② 職・氏名	御役職	フリガナ	
		お名前	
医療機関等の 名称			
所在地	〒 —		
電話	— —	F A X	— —

- 3名以上の申込の場合は、この申込書をコピーして参加希望者全員分をお送りください。
- F A X の送付先は、東京都医療勤務環境改善支援センターにおいて「平成 30 年度医療労務管理支援事業」を受託している東京都社会保険労務士会です。
- ご記入いただいた個人情報は、本研修会以外の目的で使用することはありません。
- 参加申込書の受付後、定員超過となった場合のみ連絡いたします。
- 研修会当日はこの申込書を受付にご提出ください。