

病院機能評価個別相談会の実施について

拝啓 平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

また、平成 23 年 11 月に実施いたしました病院機能評価取得・更新相談会におきましては、多数のご参加・ご好評をいただきましたこと、重ねて御礼申し上げます。

さてこの度、ご相談のお時間を十分に取、より充実した内容といたしたく、個別相談のみに絞った相談会を実施させていただき運びとなりましたので、ご案内申し上げます。

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より次期改定案が発表され、これに応じた準備が求められております。そのため、本相談会では、今後受審を検討される病院様の不安・疑問を解消すべく、弊社の専門家と直接ご相談いただける場をご用意いたしました。

ご多忙中とは存じますが、万障お繰り合わせの上、是非多くの方にご参加いただけますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

## 記

1. 日 時 平成 24 年 2 月 3 日(金) 下記の 2 コマからご希望をお知らせください  
I. 16:00～16:45 II. 16:55～17:40 (各コマ 3 病院限定)
2. 場 所 朱鷺メッセ :新潟コンベンションセンター(JR 新潟駅よりバスで 15 分、有料駐車場有)
3. 内 容 病院機能評価の新規取得、または更新認定取得に関する個別相談  
【ご相談例】 病院機能評価の活用方法/スケジュール感/職員の協力を得ていく方法/  
職員への教育効果/費用/第三者の目を活用するメリット/改善事例・・・
4. お申し込み・お問合せ先  
電話番号:03-5719-7341 ファックス:03-5719-7393 メール:soudan@mif-jp.com  
(担当 :第1事業部 菅原) 担当者不在時は折り返しご連絡いたします。
5. 会 費 無料
6. 弊社 HP 株式会社 エム・アイ・ファシリティズ ホームページ  
www.mif-jp.com/

以上

## &lt;ファックスご返信欄&gt;

ファックスでお申し込みの際は、下記をご記入の上、03-5719-7393 までご返信ください。

メールでのお申し込みも承っております。soudan@mif-jp.com へ下記項目をご記入の上、お送りください。

- ・ご希望参加枠 第 1 希望\_\_\_\_\_ 第 2 希望\_\_\_\_\_
- ・ご出席予定者 貴病院名\_\_\_\_\_ 部署名\_\_\_\_\_  
役職\_\_\_\_\_ お名前\_\_\_\_\_ 計\_\_\_\_名予定  
ご連絡先お電話番号\_\_\_\_\_

・当日の講演の中で、是非触れてほしい内容、疑問点等ございましたら、事前にご記入いただけますと幸いです。