

平成28年4月16日

会員病院 各位

一般社団法人 南多摩医療圏病院管理研究会  
会 長 遠藤 正樹  
役員一同

平成28年度定時総会・第1回研修会・医療連携懇親会のご案内

謹啓 春暖快適の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は南多摩医療圏病院管理研究会の運営に格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

南多摩医療圏病院管理研究会の定時総会は、社団法人に改組してから今回で二度目になります。昨年度の活動状況は地域医療構想、慢性期医療、診療報酬改定など今日的なテーマで6回の研修会を通して研究してまいりました。そして2018年度の医療計画・介護事業計画策定、医療介護報酬同時改定に向けての2か年間において、当会が地域活動の下で存在感を示すべく心新たに会運営に臨む所存です。まずは総会議決権をお持ちの正会員の皆さまには議案書を同封しましたので、ご高覧いただき総会当日にご持参くださいますようお願い申し上げます。

また、今回の基調講演は「社会保障制度改革と今後の医業経営と医療サービスの課題と展望」(仮題)をテーマに参議員議員 石田昌宏先生にご講演をお願い致しました。石田昌宏先生は看護師として医療現場に携わり、2013年に日本看護連盟推薦で参議員議員選挙にて比例区より初当選を果たされました。社会保障に造詣深く、この度の基調講演依頼を快諾くださいました。看護管理職の皆さまにも多数のご参加を賜りますようお願い申し上げます。研修会終了後は医療連携懇親会も行います。今回は夜の宴席にて粗酒粗肴ながら顔の見える連携づくりに、ご参加くだされば幸甚です。

時節柄ご多忙のこととは存じますが、万障お繰り合わせの上、下記の重要な総会、研修会、医療連携懇談会にご出席賜りますようお願い申し上げます。

謹白

## 記

日 時 : 平成 28 年 5 月 13 日 (金)

会 場 : 京王プラザホテル八王子 5 階 (懇親会は 4 階)

(八王子市旭町 14-1 電話 042-656-3111)

### 1. 定時総会 (16:30~17:00)

- ※ 出席の有無は同封の返信用ファックス用紙にて 4 月 30 日までにお知らせください。
- ※ 欠席の場合は 必ず委任状に署名捺印の上、ご返信くださいますようお願い申し上げます。書面表決をご希望の場合は事務局までご一報ください。表決書を送付致します。

### 2. 基調講演～平成 28 年度第 1 回研修会 (17:00~18:30)

テーマ 「社会保障制度改革と今後の医業経営と

医療サービスの課題と展望」

講 師 参議員議員 石田昌宏 先生

東京大学医学部保健学科 1990 年卒業

看護師として病院勤務を経験、参議員議員公設秘書、看護協会勤務、看護連盟常任幹事、同幹事長に従事

2013 年 参議院議員選挙に自民党公認・看護連盟推薦で当選

会 費 一人 1,000 円

### 3. 医療連携懇親会 (18:30~20:30)

会 費 一人 10,000 円

FAX : 042-623-9650 (4月30日まで)

南多摩医療圏病院管理研究会事務局 小澤昌樹 宛 (右田病院庶務課内)

会員名

会員種類に○印をおつけください ( 正会員 ・ 賛助会員Ⅰ ・ 賛助会員Ⅱ )

1. 平成28年度 一般社団法人南多摩医療圏病院管理研究会 総会

・ ご出席                      ・ ご欠席                      (いずれかに○印を付してください)

ご欠席の場合は恐れ入りますが、下記の委任状に御記入下さい。(正会員のみ)

<p>委任状</p> <p>私は、_____氏を代理人とし、平成28年度一般社団法人南多摩医療圏病院管理研究会 総会における議決権を全面的に委任致します。 (代理人の記載無き場合には無効となりますので、特定の代理人が不在の場合は必ず会長か副会長の実名をご記入ください)</p> <p>平成28年    月    日</p> <p>病院名 _____</p> <p>お名前 _____</p>
---

書面表決をご希望の場合は事務局までご一報ください。表決書を送付致します。

2. 平成28年度 基調講演 (第1回研修会)

・ ご出席                      ・ ご欠席                      (いずれかに○印を付してください)

参加者人数                      名

3. 医療連携懇親会 (会費制)

・ ご出席                      ・ ご欠席                      (いずれかに○印を付してください)

参加者人数                      名

※ 医療連携懇親会に関しましては、ご出席のお返事を戴いた後、都合によりご出席を取り消される場合は、5月11日までに下記までご連絡をお願い致します。ご連絡無く欠席される場合は誠に恐縮ではございますが、1人当たり5,000円のご負担をお願い申し上げます。

このご案内に関するお問い合わせは、当会事務局 (医療法人財団興和会 右田病院 小澤昌樹) までお願い致します。                      【連絡先】 TEL : 090-1075-6960 FAX : 042-623-9650

# 速報!

## 平成 28 年度第 2 回研修会のご案内

日 時 : 平成 28 年 7 月 15 日 (金) 18:30~20:30

※ 今回は研修会のみです

会 場 : 八王子市学園都市センター

八王子市旭町 9 番 1 号 電話 042-646-5611  
JR 八王子駅北口 近傍  
東急スクエア 12F イベントホール

※ 京王プラザ八王子ではありません

会 費 : 1 名 1,000 円

プログラム : 「2018 年 医療・介護ビッグバンを見据えて

私たちは何を行動すべきか？」

講 師 : 会員病院 4 病院