

中小規模病院から大規模病院のすべてのスタッフ必見！
医療機器を安全・安心して使用していますか？

平成29年度

医療機器安全 基礎講習会

第39回ME技術講習会



共催 公益社団法人 日本生体医工学会
公益財団法人 医療機器センター
後援 厚生労働省

◆医療安全施策の動向(20分)

講義に先立ち、厚生労働省医政局経済課医療機器政策室より担当者をお招きしてお話いただきます。

◆トラブル事例と対策

トラブル事例が沢山！「なるほど」と思える対策が沢山！事例から学び、明日からの業務にすぐに役立つ内容です。

◆人工呼吸器と呼吸モニタ(60分)

◆心電図モニタアラーム(40分)

◆電気関連(45分)

◆医療ガス(45分)

◆リスクマネジメントの実際(45分)

医療安全管理者の活動とは？ リスクマネジメントの在り方、他病院での工夫、取り組みから学ぼう。

◆医療機器安全管理の実際(40分)

医療機器を安全に使用する責任者としてやるべき事、実務の内容を具体的に考えよう。

開催地	日程	会場	定員	締切日
東京A	6/24(土)	大田区産業プラザPiO	220	6/12(月)
仙台	6/24(土)	仙台国際センター	180	6/12(月)
東京B	7/ 2 (日)	大田区産業プラザPiO	220	6/19(月)
大阪	7/ 9 (日)	大阪国際会議場	300	6/26(月)
沖縄	7/22(土)	P's SQUARE	100	7/10(月)
札幌	7/30(日)	北海道経済センター	150	7/18(火)
福岡	7/30(日)	福岡商工会議所	270	7/18(火)
名古屋	8/ 6 (日)	Imy ホール	180	7/24(月)
東京C	8/19(土)	ラーニングスクエア新橋	220	8/ 7(月)

・開講 9:20 終了予定 16:00 (全会場共通)
・各会場共、定員になり次第受付を終了いたします。

【受講料】 一般 10,000円 学生 8,000円 (消費税・テキスト代含む)

【申込方法】 当財団ホームページから、または郵送 (裏面参照) にてお申込み下さい。

本講習会は「医療機器の安全使用のための研修」に相当します。
(厚生労働省医政局指導課長・厚生労働省医政局研究開発振興課長通知
平成19年3月30日 医政指発第0330001号・医政研発第0330018号)

お申し込み及び受講に関する問い合わせ先 問合せ受付時間 午前10時~12時 午後1時~5時

公益財団法人 医療機器センター 医療研修部
〒113-0033 東京都文京区本郷3-42-6 NKDビル7F
TEL 03-3813-8157 FAX 03-3813-8733

詳細はホームページで
<http://www.jaame.or.jp/>



申込要領および郵送用受講申込書

【申込要領】

インターネットからのお申込み

ホームページ (http://www.jaame.or.jp/koushuu/iryo/ir_me.html) の受講申込みフォームから申し込み、郵便局備え付けの用紙か、A T M (現金自動預支払い機) から受講料をお振り込み下さい。

郵送からのお申込み

下段の申込書に必要事項を記入してください (切り取らずにお送りください)。郵便局備え付けの用紙か、A T M (現金自動預支払い機) から受講料を振り込み、振込み控え (コピー可) を申込書と共に郵送でお送り下さい。注) 締切日近くに郵送でお申込みをする方は、あらかじめ電話で空き状況を確認の上申し込んでください。《送付先》〒113-0033 東京都文京区本郷3-42-6 NKDビル7F

公益財団法人 医療機器センター 医療研修部「医療機器安全基礎講習会」係

【振込先等について】 受講料 一般10,000円/学生8,000円 (学生の方は学生証の写しを同封してください)

ザイ) イリヨウキセンター

《振込先: ゆうちょ銀行振替口座》 口座番号 00110-6-192330 口座名称 (公財)医療機器センター

注) 他の金融機関 (一部を除く) から受講料を振込む場合の口座情報は次のとおりです。

〔銀行名〕 ゆうちょ銀行 〔金融機関コード〕 9900 〔店番〕 019 〔店名 (カナ)〕 ○一九店 (ゼロイチキユウ店)
〔預金種目〕 当座 〔口座番号〕 0192330 〔カナ氏名 (受取人名)〕 ザイ) イリヨウキセンター

* 会社・病院名でお振り込みされる、または複数名分をまとめて代表者名でお振り込みする場合は、必ず通信欄に受講者全員の氏名を記入して下さい。
振込み控えは人数分コピーし各申込書に貼付してください。振込手数料は受講者の負担となります。原則として領収証の発行はしませんのでご了承ください。

【注意事項】

- 受講票及び講習会資料は、講習会開催日の1週間前までにご本人宛にお送りします。送付後は、受講料の返金はいたしませんのでご了承下さい。
- 個人情報の取扱いについて: 当講習会にお申し込みいただいた個人情報 (氏名・住所等) は、法令等により個人情報の提供を要求された場合を除き、当講習会に係る業務の範囲内に限定して使用いたします。

【平成29年度 医療機器安全基礎講習会 (第39回 M E 技術講習会) 郵送用受講申込書】

受講希望会場	1. 東京 A 6/24 (土)	2. 仙台 6/24 (土)	3. 東京 B 7/2 (日)	4. 大阪 7/9 (日)	5. 沖縄 7/22 (土)	6. 札幌 7/30 (日)	7. 福岡 7/30 (日)	8. 名古屋 8/6 (日)	9. 東京 C 8/19 (土)
フリガナ	(姓)			(名)			年齢	性別	受講者区分
氏名								1. 男 2. 女	1. 一般 2. 学生
E-mail									
勤務先名称 (学校等)	フリガナ						部署 (学科名)		
送付先	1. 勤務先	2. 自宅	(送付先で選んだ住所を「送付先住所欄」に記入して下さい。)						
送付先住所	〒 -				都・道・府・県				
	フリガナ								
TEL	(内線)								
	FAX								
席の希望	1. 前方 2. 中央 3. 後方 4. 希望無			* 座席指定とさせていただきます。ご入金確認後、先着順で振り分けますので、ご希望に添えない場合があります。 * お身体に障害をお持ちの方や妊娠中の方など、配慮が必要な場合は、必ず事前に事務局までご相談ください。					
職業	1. 病院	1. 看護師 2. 准看護師 3. 臨床工学技士 4. 臨床検査技師 5. 診療放射線技師 6. 事務 7. その他 ()							
		<input type="checkbox"/> 医療機器安全管理責任者 <input type="checkbox"/> 医療安全管理者							
	2. 企業	1. 営業 2. 研究・開発 3. サービスエンジニア 4. 事務 5. その他 ()							
	3. その他	1. 学生 2. 教員 3. その他 ()							
受講回数	1. 初回 2. 2回目 3. 3回以上								
【注】 1. 「受講希望会場」・「性別」・「受講者区分」・「送付先」・「席の希望」・「職業」欄は、該当項目の番号を○で囲んでください。「その他 ()」は具体的に記入してください。 2. 病院勤務で「医療機器安全管理責任者」・「医療安全管理者」の方は□にチェックをしてください。 3. 受講料の振り込み控え (コピー可) をこの受講申込書と一緒に郵送でお送りください。学生の方は学生証の写しを同封してください。 4. 申込み用紙を複数必要な方はコピーしてご使用ください。									