

全日本病院協会「団体契約を通じた電話医療通訳利用促進事業」説明会 開催要項(ご案内)

【目的】 全日本病院協会が平成 30 年度に実施する「電話医療通訳の利用促進事業」に参加検討している会員病院向けに事業の詳細説明を行い、本事業への参加検討を促進する。

【主催】 公益社団法人 全日本病院協会

【日時】 平成 30 年8月9日(木)15:00-17:00

【会場】 公益社団法人 全日本病院協会 大会議室
(東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル7F)

【対象者】 全日本病院協会の会員病院にご所属の方



【申込方法】 オンラインお申込みフォームから直接お申し込みいただくか、参加申込用紙(次頁)に必要事項を記載の上、平成 30 年8月3日(金)までに以下にご送付ください。

※オンラインお申し込みフォームはこちら:http://bit.ly/ajha2018_mediphone_orientation

※参加申込用紙の送付先:

(一社)JIGH メディフォン事務局 <FAX:03-6478-8286 / メール:ajha2018@mediphone.jp>

オンライン申込みフォーム
QRコード



【プログラム】

- ① 団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進事業について:全日本病院協会
- ② 外国人患者受入環境整備に向けた国の取り組み:厚生労働省医政局総務課
- ③ 電話医療通訳 mediPhone(メディフォン)の使い方:JIGH

【問合せ先】

(一社)JIGH メディフォン事務局 全日本病院協会 団体契約係

電話: 050-3184-0922 FAX:03-6478-8286 E-mail:ajha2018@mediphone.jp



全日本病院協会「団体契約を通じた電話医療通訳利用促進事業」説明会

参加申込書

(参加ご希望の方は、平成 30 年8月3日(金)までにお申し込みください。)

・日 時 平成 30 年8月9日(木)15:00～

・場 所 全日本病院協会 大会議室

◆病院名: _____

◆連絡ご担当者: (氏名) _____ (部署/役職) _____

(電話番号) _____ (メールアドレス) _____

◆出席者:

氏 名	部署・役職

◆ 事業への参加意向(現時点でのご意向について可能な範囲でお答えください。)

1 参加の方向で検討している。

2 事業の説明を聞いた上で判断したい。

3 その他[_____]

◆ その他、ご質問や連絡事項等がありましたらご記入ください。

