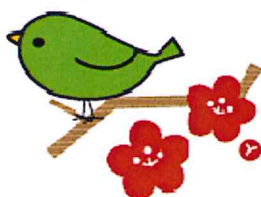


経営と診療に積極的に貢献する ～攻める検査室～

日時 平成26年2月22日(土) 10:00～16:30
会場 東医健保会館 (東京都新宿区南元町4) TEL:03-3353-4311
参加費 会員 5,000円(昼食付)、非会員 8,000円(昼食付)
※ 会員・非会員につきましては事務局へお問い合わせください。
申込方法 裏面の申込み用紙にてFAXください。折り返し受付票をお送りいたします。
問合せ先 全国病院経営管理学会事務局 TEL:03-3402-0127
その他 日本臨床衛生検査技師会 生涯教育研修制度 履修点数:基礎教科10点

～プログラム～



総合司会

野村病院 臨床検査科科长 石川 奈美

- 10:00 開会挨拶 全国病院経営管理学会常任理事 臨床検査業務委員会委員長
伊藤病院院長 伊藤 公一
- 10:10 特別講演Ⅰ 「これから目指す臨床検査技師像
～山が動き、イノベーションは私たちの手にある～」
一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会
会長 宮島 喜文氏
- 11:15 アンケート集計結果報告 江戸川病院 検査科科长 湯川 千鶴子
- 12:00 ランチョンセミナー 「検査室の見える化 収支分析の実際」
アポット株式会社セールスエクセレンス部
医療経営コンサルタント 高岡 登志彦氏
- 13:10 事例報告1 「医療の質向上(MQⅠ)活動での業務拡大」
練馬総合病院 臨床検査科科长 遊佐 洋子
- 13:35 事例報告2 「人材育成と人事考課 ～ラダーを用いて～」
永生病院 検査科科长 佐藤 れい子
- 14:00 事例報告3 「ISO15189認定を活用した付加価値の創造」
伊藤病院 臨床検査室室長 宮崎 直子
- 14:25 パネルディスカッション <司会> 上尾中央総合病院 検査技術科科长 小島 徳子
- 15:00 特別講演Ⅱ 「診療報酬改定について～臨床検査部門～」
公益社団法人 全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会委員
大倉山記念病院 事務長 西本 育夫氏
- 16:10 閉会挨拶 全国病院経営管理学会常任理事 臨床検査業務委員会委員長
伊藤病院院長 伊藤 公一

平成26年2月22日(土) 会場: 東医健保会館(東京都新宿区)

特別講演

これから目指す臨床検査技師像

～山が動き、イノベーションは私達の手にある。～

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会
会長 宮島喜文

略 歴

- (氏名) 宮島喜文 (みやじま よしふみ)
(出身地) 長野県下伊那郡泰阜村
(生年月日) 昭和26年7月28日生
(現職) 地方独立行政法人長野県立病院機構
長野県立木曽病院 特別顧問
厚労省中央社会保険医療協議会専門委員
(他団体) 日本臨床検査振興会副理事長、国際医療
技術研修財団理事など
(卒業校) 帝京医学技術専門学校
(資格) 臨床検査技師、衛生検査技師、細胞検査士
(所属学会) 日本臨床検査医学会、日本臨床細胞学会
(経歴) 県立木曽病院、県立阿南病院検査科 技師、主任
県衛生部 保健予防課、県立病院課(兼務) 主査
飯田保健所、長野保健所 課長補佐
県立木曽病院、県立須坂病院 臨床検査科長
県立こども病院 事務長、副院長兼経営管理部長
兼病院改革室長
県立木曽病院 企画幹兼臨床検査科長、副院長
兼医療技術部長
(趣味) 昔は登山、無農薬野菜・きのこ栽培
近代日本画観賞、料理(燻製づくり)
(その他) NPO法人泰阜グリーンリズム研究会



一般社団法人

日本臨床衛生検査技師会

Japanese Association of Medical Technologists

申込方法

- ① 下記の参加申込書に必要事項を記入し、当学会事務局までFAXでお送り下さい。
- ② お申込み確認後、申込担当者様宛に受付票をFAXにてお送りいたしますので、当日会場受付にてご提出をお願いいたします。
- ③ 参加費は当日受付でお支払下さい。
 - ※当日のキャンセルは出来ませんので、ご了承下さい。
 - ※お申込み後、ご都合により参加できない場合は、前日の午前中までに事務局へご連絡ください。（事務局TEL：03-3402-0127）
- ④ 現在申込み受付中。定員（240名）に達し次第締切ります。

FAX：03-3402-0674

（全国病院経営管理学会 事務局）

平成 25 年度 臨床検査業務委員会報告会

平成 26 年 2 月 22 日(土) 10:00～16:30

参加申込書 *記入の際は前記事項をよくご確認ください

| | | | |
|----------------|----------|------------|-------|
| | 〒 | 当学会 会 員 | 非 会 員 |
| 所 在 地 | | TEL | |
| 法 人 名 病 院 名 | | FAX | |
| 申込担当者 | 所属 氏名 | | |
| 参 加 者 | 所 属 | 氏 名 | 所 属 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |