

令和8年1月7日

各会員病院理事長様
〃院長様

一般社団法人兵庫県病院協会
会長 大村武久

令和7年度第2回病院管理職員等研修会の開催について（ご案内）

小寒の候 ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当協会の運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚く感謝申し上げます。

さて、標記研修会を下記のとおり開催することいたしました。今回は、一般社団法人日本病院会兵庫県支部研修会を兼ねて開催することとし、目前に控える令和8年診療報酬の改定について、同会副会長の島 弘志先生にご講演いただくこととしております。

会員病院におかれましては今回の研修の趣旨をご理解いただき、是非、1病院1名以上の病院長・管理職員等の参加につきまして、格段のご配慮をお願い申し上げます。

記

1 日 時 令和8年3月2日（月） 14時00分～15時30分
(受付開始13時30分～)

2 場 所 兵庫県医師会館
神戸市中央区磯上通6丁目1-11

3 講 師 一般社団法人日本病院会 副会長 島 弘志先生
(社会医療法人新古賀病院 総病院長)

4 研修テーマ 「診療報酬の改定について（仮）」

5 参加申込 別紙「参加申込書」により、令和8年2月20日（金）までにFAXにてお申し込みください。

6 参 加 費 お一人3,000円

※当日現金にて承ります。

インボイス制度には対応しておりませんのでご了承ください。

7 主 催 一般社団法人兵庫県病院協会・一般社団法人日本病院会兵庫県支部
〒651-0086 神戸市中央区磯上通6-1-11 兵庫県医師会館 7階
TEL 078(251)3030 FAX 078(251)3011

8 その他 会場へは公共交通機関を利用してお越しください。

【別紙】 参 加 申 込 書

【令和7年度第2回 病院管理職員等研修会】

「診療報酬の改定について（仮）」

令和 年 月 日

一般社団法人兵庫県病院協会事務局 あて

病院名 _____
担当者名 _____
電話 () _____
FAX () _____

次のとおり参加者名簿を添えて申し込みます。

※ 参加者氏名

職 名	氏 名

※ FAX番号 078-251-3011 (送信書不要)

- * この参加申込書が送信された時点で参加受諾とし、あらためて参加可否の連絡は当協会から行いませんので、ご了承ください。
- * この件についてのお問い合わせは、事務局・林または末盛までお願いします。