

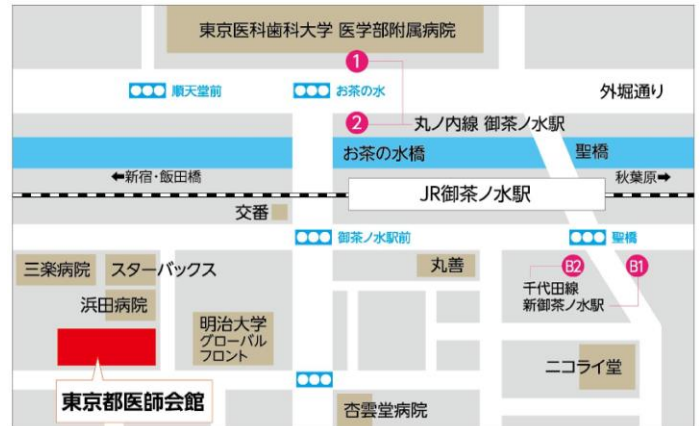
平成 30 年度「東京都医師会電話医療通訳の利用促進事業」説明会 開催要項(ご案内)

【目的】 本説明会は、東京都医師会が本年度実施する「電話医療通訳の利用促進事業」の実施内容について東京都医師会会員向けの説明を行い、会員の同事業に対する理解を深め、参加検討を促進する。

【主催】 公益社団法人 東京都医師会

【日時】 平成 30 年 7 月 14 日(土)15:30-17:00

【会場】 東京都医師会館 2 階 講堂
(東京都千代田区神田駿河台 2-5)



【対象者】 東京都医師会員の医療機関にご所属の方

【申込方法】 参加申込書(別紙)に必要事項を記載の上、東京都医師会地域医療課宛に FAX かメールにて、平成 30 年 7 月 6 日(金)までにお申込み下さい。
<FAX:03-3292-7097 / メール:chiikihoken@tokyo.med.or.jp>

【プログラム】

■第 1 部:事業説明会(15:30-16:30)

- 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:東京都医師会
- ② 東京都の外国人受入れの状況・都の取り組みについて:東京都福祉保健局
- ③ 電話医療通訳 mediPhone(メディフォン)の使い方について:JIGH

■第 2 部:外国人受入れ講座(16:30-17:00)

「都内医療機関における外国人患者受入れの動向」

東京大学医学部附属病院 国際診療部 山田秀臣先生

* 会場での事業参加の申込みが可能です。

* 外国人患者受入れに役立つ多言語指差しツールや受入れマニュアルの配布も行います。

【問合せ先】 公益社団法人 東京都医師会 地域医療課(担当:植松、石塚)

電話: 03-3294-8836 FAX:03-3292-7097

E-mail:chiikihoken@tokyo.med.or.jp

東京都医師会事務局 地域医療課宛

FAX: **03-3292-7097** / メール: chiikihoken@tokyo.med.or.jp

* 参加ご希望の方は、本用紙を平成 30 年 7 月 6 日(金)までにご提出ください。

「東京都医師会電話医療通訳の利用促進事業」説明会 参加申込書

・日 時 平成 30 年 7 月 14 日(土)15:30～

・場 所 東京都医師会館 2 階講堂

◆地区医師会名: _____ 医師会 (地区医師会役員の場合はお役職: _____)

◆医療機関名: _____ [連絡ご担当者: _____]

◆出席者:

氏 名	職 種
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 その他 (_____)
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 その他 (_____)
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 その他 (_____)

◆ 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下さい)

- 1 参加の方向で検討してみたい。
- 2 事業の説明を聞いた上で判断したい。
- 3 今のところ参加する予定はない。
- 4 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。

