

福岡医発第 2770 号 (地)

令和 2 年 1 月 30 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

病院向け B C P (業務継続計画) 策定・運用研修について

今般、標記研修の実施について、福岡県保健医療介護部医療指導課より周知依頼がありました。

B C P (業務継続計画) (以下、「B C P」とする。) については、「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号厚生労働省医政局通知)において、医療機関は自ら被災することを想定して災害対策マニュアルを作成するとともに B C P の作成に努められたいとされています。また、平成30年台風21号・平成30年北海道胆振東部地震等により、病院においては、長期の停電や断水等による診療業務の継続に多大な影響を受けたことを踏まえ、先般、厚生労働省による病院の B C P の策定状況等の調査が行われました。

このような状況を踏まえ、本県では、災害時における医療提供体制の充実・強化を図るため、病院等の B C P 関係者(幹部職員及び実務担当者)を対象として、病院における B C P を理解・習熟していただくための研修を別添のとおりに実施することです。なお、申込については、ふくおか電子申請サービス(別添参照)により 2月14日(金) までに申請することとなっております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに貴会会員病院への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

問い合わせ先

福岡県保健医療介護部医療指導課
地域医療係 安元

T E L 092-643-3273

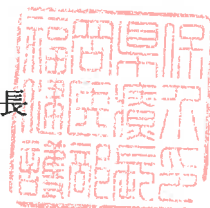
F A X 092-643-3277

小郡三井医師会より

救急災害医療担当理事 吉武靖博
会長 島田昇二郎

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課地域医療係)



病院向けBCP（業務継続計画）策定・運用研修（令和元年度）の実施について

時下、益々御清祥のこととお喜び申し上げます。また、日頃から本県の医療行政に御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、BCP（業務継続計画）については、「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知）において、医療機関は自ら被災することを想定して災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたいとされています。

また、平成30年台風21号、平成30年北海道胆振東部地震等により、病院においては、長期の停電や断水等により診療業務の継続に多大な影響を受けたことを踏まえ、平成30年度には、厚生労働省による病院のBCP（業務継続計画）の策定状況等の調査も行われたところです。

このような状況を踏まえ、災害時における医療提供体制の充実・強化を図るため、病院等のBCP関係者（幹部職員及び実務担当者）を対象として、病院におけるBCP（業務継続計画）を理解・習熟していただくための研修を別紙のとおり実施することとしましたので会員への周知につき御協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

[担当] 福岡県保健医療介護部医療指導課地域医療係 安元
TEL 092-643-3273 FAX 092-643-3277
E-Mail c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp

各病院の長 殿

福岡県保健医療介護部医療指導課長
(地 域 医 療 係)

病院向け B C P（業務継続計画）策定・運用研修（令和元年度）の実施について

本県の保健医療行政につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、別添実施要領のとおり、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社、東京海上日動火災保険株式会社及び損害保険ジャパン日本興亜株式会社の御協力のもと、病院を対象にした研修を実施しますので、受講を希望される場合は、下記の申込方法により申込みいただきますようお願いいたします。

申込みの際に入力された情報につきましては、研修実施事業者に対しても提供されますので念のため申し添えます。

受講可否の決定通知は、申込みの際に入力されたメールアドレス宛に 2 月下旬頃に送付予定です。

なお、受講人数が多い場合には、1 施設あたりの申込者数を制限させていただく場合がありますので念のため申し添えます。

記

1. 開催日時及び会場

回数 (形式)	開催日時	開催会場 (住所)
第 1 回 (講義)	令和 2 年 3 月 2 日 (月) 受付開始 13:00 研修 13:30-15:30	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社福岡支店北九州支社大会議室 (北九州市小倉北区京町 3-7-1 ガーデンシティ小倉 6 階)
第 2 回 (ワークショップ)	令和 2 年 3 月 4 日 (水) 受付開始 13:00 研修 13:30-16:45	福岡県庁 講堂 (福岡市博多区東公園 7-7)
第 3 回 (ワークショップ)	令和 2 年 3 月 5 日 (木) 受付開始 13:00 研修 13:30-16:45	福岡県庁 講堂 (福岡市博多区東公園 7-7)
第 4 回 (講義)	令和 2 年 3 月 6 日 (金) 受付開始 13:00 研修 13:30-15:30	福岡県吉塚合同庁舎 803 号会議室 (福岡市博多区吉塚本町 13-50)

2. 研修形式及び講師（予定）

回数	講師（予定）	研修方式	定員（予定）
第 1 回	MS & AD インターリスク総研株式会社 事業継続マネジメント第二グループ長 砂川 直樹	講義形式	6 0 名
第 2 回	東京海上日動火災保険株式会社 医療・福祉法人部 課長代理 村上 恒生	ワークショップ形式	9 0 名
第 3 回	東京海上日動火災保険株式会社 医療・福祉法人部 課長代理 村上 恒生	ワークショップ形式	9 0 名
第 4 回	SOMPO リスクマネジメント株式会社 上席コンサルタント 宮本 薫	講義形式	3 2 0 名

※ 第 2 回と第 3 回は同一内容です。

※ 重複受講については、第 2 回と第 3 回という組み合わせ以外は可能です。

3. 対象者

病院等の BCP 担当者等（事務管理職と医療職など複数の職種の方が参加されることを推奨します。）

4. 申込期限

令和 2 年 2 月 1 4 日（金）

5. 申込方法

ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）による（以下の URL を参照）。

（申請者 ID は不要です。パソコンやスマートフォンで回答できます。）

<https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/form.do?acs=BCPR0203>

ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）の利用方法

- 1 検索エンジンサイトで「ふくおか電子申請サービス」と入力し検索。
- 2 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」をクリック。
- 3 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」中、共通情報、お知らせ、手続、キーワード検索の後にある（ページの間ぐらいあたり）にある「五十音検索はこちら」をクリック。
- 4 「クリックされた音で始まる手続を一覧表示します」中「ひ」をクリック。
- 5 該当する研修名を選択し、回答してください。

※【提出後訂正する必要がある場合】

提出後、訂正する必要がある場合は、提出年月日時刻、到達番号（可能な場合）、医療施設名、訂正内容等を、入力画面の一番下の通信欄に記載して、訂正箇所だけでなく全ての項目を再入力して、再提出してください。（変更期限：令和 2 年 2 月 1 4 日（金））

※【当該申請サービスを利用できない場合】

当該申請サービスを利用できない場合には、以下の手順で提出してください。

- (1) 以下の URL より様式等をダウンロードする。

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/bcpr0203.html>

- (2) 回答様式（エクセルファイル）に回答を入力（PDF 化しないでください。）

- (3) 電子メールに回答様式をエクセルファイルのまま添付し、医療指導課メールアドレス c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp に送付する。（メール表題及び回答様式ファイル名に研修名・病院名を入力してください）

問合先：福岡県 医療指導課 地域医療係 安元
TEL 092-643-3273 FAX 092-643-3277

令和元年度病院向けBCP策定・運用研修実施要領

1 目的

東日本大震災での医療機関の被災事例等を通じて、災害発生時には医療機関自らが被災しながらも、平時以上の業務遂行が求められることが改めて認識されたところです。このような状況下で、「どの業務」を優先的に実施し、経営資源を投入するか、という実践的な判断を迅速に行うために、医療機関における災害対応の基本的枠組みを整理し、講演やワークショップによる実践的な研修内容を通じて、円滑で的確な災害対応を可能とすることを目指します。

研修内容については、BCPの基本的な考え方を北海道胆振東部地震や大阪府北部地震等の最近の事例も踏まえ説明予定。また、BCP作成後もどんな視点でBCPをメンテナンスするかについても説明予定です。

2 日時・会場

回数	開催日時	開催会場 (住所)
第一回	令和2年3月2日(月) 受付開始 13:00 研修 13:30-15:30	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社福岡支店北九州支社大会議室 (北九州市小倉北区京町3-7-1 ガーデンシティ小倉6階)
第二回	令和2年3月4日(水) 受付開始 13:00 研修 13:30-16:45	福岡県庁 講堂 (福岡市博多区東公園7-7)
第三回	令和2年3月5日(木) 受付開始 13:00 研修 13:30-16:45	福岡県庁 講堂 (福岡市博多区東公園7-7)
第四回	令和2年3月6日(金) 受付開始 13:00 研修 13:30-15:30	福岡県吉塚合同庁舎 803号会議室 (福岡市博多区吉塚本町13-50)

3 対象者

病院職員のうちのBCP関係者(医療職(幹部職員)と事務職(実務担当者)など複数の職種の方が参加されることを推奨します。))。

4 研修方式及び講師(予定)

回数	講師(予定)	研修方式	定員(予定)
第一回	MS&ADインターリスク総研株式会社 事業継続マネジメント第二グループ長 砂川 直樹	講義形式	60名
第二回	東京海上日動火災保険株式会社 医療・福祉法人部 課長代理 村上 恒生	ワークショップ形式	90名
第三回	東京海上日動火災保険株式会社 医療・福祉法人部 課長代理 村上 恒生	ワークショップ形式	90名
第四回	SOMPOリスクマネジメント株式会社 上席コンサルタント 宮本 薫	講義形式	320名

(※第二回と第三回は同一内容)

5 留意点

- 参加人数が定員を超えた場合には、1施設につき1~2名程度に参加者を限定することがあります。
- 参加費は、無料です。
- 原則として、会場には、駐車場はございません。公共交通機関をご利用ください。

■ 6 スケジュール ※プログラムは予告なく変更となる場合があります。予めご了承ください。

第一・四回	13:30～13:35	開会挨拶（福岡県 保健医療介護部 医療指導課）
	13:35～15:25	講演「病院における事業継続計画(BCP)について」（外部講師） 今後の支援体制について（外部講師）
	15:25～15:30	閉会（福岡県 保健医療介護部 医療指導課）
第二・三回	13:30～13:35	開会挨拶（福岡県 保健医療介護部 医療指導課）
	13:35～16:40	講演「病院における事業継続計画(BCP)について」（外部講師） ワークショップ（病院をイメージしたシナリオです。）・解説 今後の支援体制について（外部講師） （講演30分 ワークショップ80分 解説40分 途中適宜休憩有）
	16:40～16:45	閉会（福岡県 保健医療介護部 医療指導課）

・第2・3回では、自施設の災害対策マニュアル（コピー可）をご持参ください。

※ 研修中、「今後の支援体制」について説明がありますが、これらは外部講師の意向において行われるものであり、福岡県が推奨するというものではありませんので、念のため申し添えます。

■ 7 申込方法

ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）による（以下のURLを参照）。

（申請者IDは不要です。パソコンやスマートフォンで申込みできます。）

<https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/form.do?acs=BCPR0203>

ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）の利用方法

- ① 検索エンジンサイトで「ふくおか電子申請サービス」と入力し検索。
- ② 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」をクリック。
- ③ 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」中、共通情報、お知らせ、手続、キーワード検索の後にある（ページの中間あたり）にある「五十音検索はこちら」をクリック。
- ④ 「クリックされた音で始まる手続を一覧表示します」中「ひ」をクリック。
- ⑤ 該当する研修名を選択し、回答してください。

※【提出後訂正する必要がある場合】

提出後、訂正する必要がある場合は、提出年月日時刻、到達番号（可能な場合）、医療施設名、訂正内容等を、入力画面の一番下の通信欄に記載して、訂正箇所だけでなく全ての項目を再入力して、再提出してください。（変更期限：令和2年2月14日（金））

※【当該申請サービスを利用できない場合】

当該申請サービスを利用できない場合には、以下の手順で申込みしてください。

- (1) 以下のURLより様式等をダウンロードする。
<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/bcpr0203.html>
- (2) 回答様式（エクセルファイル）に回答を入力（PDF化しないでください。）
- (3) 電子メールに回答様式をエクセルファイルのまま添付し、医療指導課メールアドレス c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp に送付する（メール表題及び回答様式ファイル名に研修名・病院名を入力してください）。

■ 9 申込期限

令和2年2月14日（金）



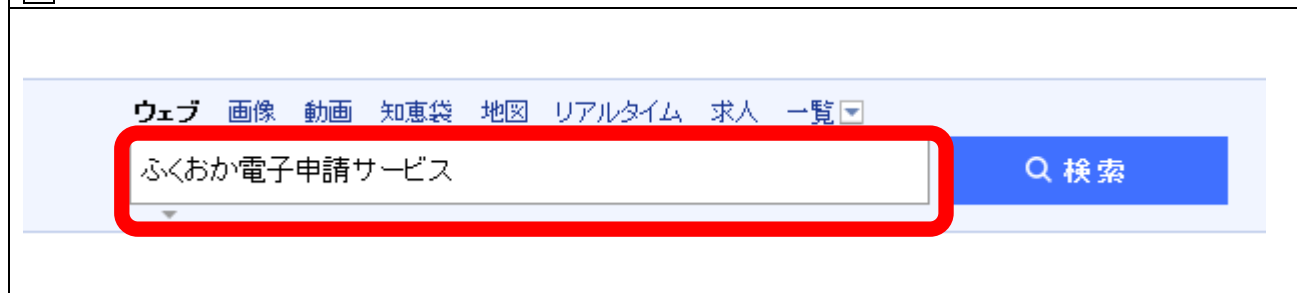
〔問合先〕 福岡県 保健医療介護部 医療指導課 地域医療係
TEL 092-643-3273 FAX 092-643-3277
E-Mail c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp



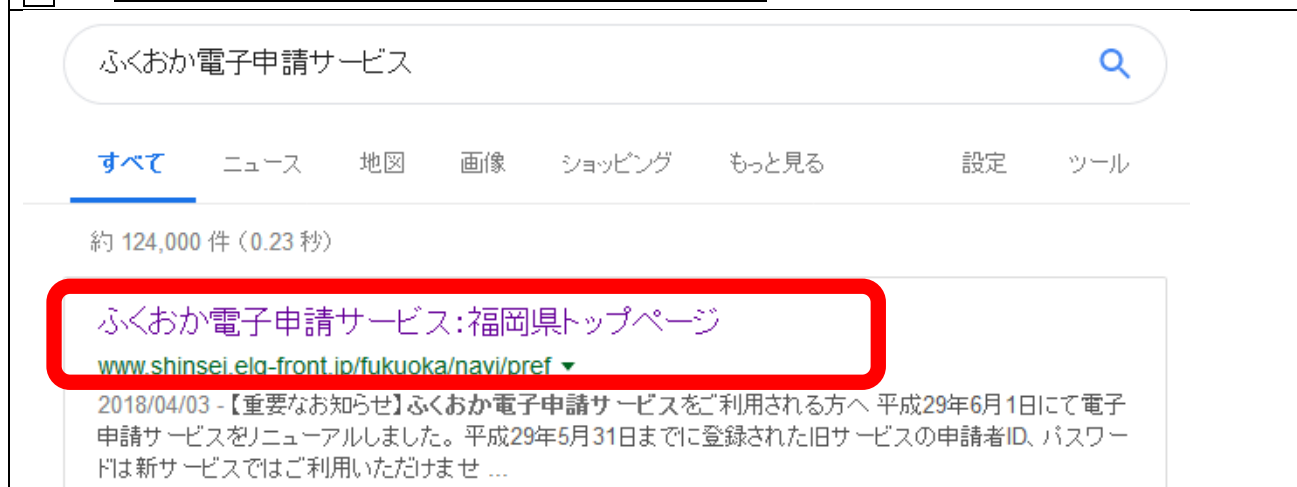
別添

ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）における回答画面への行き方

- 1 検索エンジンサイトで「ふくおか電子申請サービス」と入力し検索。



- 2 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」をクリック。



- 3 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」中、共通情報、お知らせ、手続、キーワード検索の後にある（ページの間中ぐらいあたり）にある「五十音検索はこちら」をクリック。



4 「クリックされた音で始まる手続を一覧表示します」中「ひ」をクリック。

[福岡県トップページ](#) > [五十音検索](#)文字の大きさ [大](#) [中](#) [小](#) 色 [標準](#) [黒](#) [青](#) [黄](#) [RSS\(新着情報\)](#)

[スマートフォン版サイトはこちら](#)

[申請・手続情報](#)

- [申請者情報登録](#)
- [パスワード変更](#)
- [パスワードを忘れた方](#)
- [申請者情報変更](#)
- [申請者情報削除](#)
- [申請状況照会](#)

[はじめて利用する方](#)

- [電子申請サービスについて](#)
- [はじめて利用する方へ](#)

福岡県電子申請 五十音検索

クリックされた音で始まる手続を一覧表示します

あ	い	う	え	お
か	き	く	け	こ
さ	し	す	せ	そ
た	ち	つ	て	と
な	に	ぬ	ね	の
は	ひ	ふ	へ	ほ

5 該当する研修名を選択し、回答してください。

[スマートフォン版サイトはこちら](#)

[申請・手続情報](#)

- [申請者情報登録](#)
- [パスワード変更](#)
- [パスワードを忘れた方](#)
- [申請者情報変更](#)
- [申請者情報削除](#)
- [申請状況照会](#)

[はじめて利用する方](#)

- [電子申請サービスについて](#)
- [はじめて利用する方へ](#)
- [動作環境](#)
- [利用手引](#)
- [利用規約](#)

福岡県電子申請 五十音検索:ひ

- …申請画面(ブラウザ)から必要な事項を入力して申請できます。
- …入力フォーム形式の画面(ブラウザ)から必要な事項を入力して申請できます。
- …申請用紙をダウンロード後に印刷して必要な事項を記入してから申請できます。
- 代 …申請者から委任された代理人による申請ができます。

手続一覧

[【 病院の業務継続計画\(BCP\)の策定状況等の調査について 】](#)
受付中(受付期間:2018年12月03日00時00分から)

[【 病院の耐震改修の状況の調査について\(平成30年度\) 】](#)
受付中(受付期間:2018年12月01日00時00分から)

[【 病院向けBCP策定・運用研修\(令和元年度\)に係る受講者の募集について 】](#)

なお、通知文記載の URL を直接入力いただいても回答画面に行くことができます。

申し込み内容入力
↓
申し込み内容確認
↓
申し込み完了

	文字の大きさ 大 中 小 色 標準 黒 青 黄
サイトマップ	ヘルプ

【 病院向けBCP策定・運用研修(令和元年度)の実施について 】

申し込み内容の入力

操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要事項を入力した後、「申し込み内容確認」ボタンを押してください。
必須 マークがある項目は、必ず入力してください。

また、機種依存文字は使用しないでください。機種依存文字が入力されている場合はエラーになります。

途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「申し込み一時保存確認」ボタンを押してください。
ただし、選択した添付ファイルに関しては一時保存されません。

【 調査概要 】

この度、福岡県では、災害時における医療提供体制の充実・強化を図るため、病院等の関係者を対象として、病院における業務継続計画(以下「BCP」という。)を理解・習熟していただくための研修を下記のとおり実施することとしましたので、参加の有無について回答をお願いします。

【 研修概要 】

1 開催日時及び会場

第1回 令和2年3月 2日(月) 受付開始13:00 研修13:30-15:30 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社福岡支店北九州支社大会議室
(北九州市小倉北区京町3-7-1ガーデンシティ小倉6階)

第2回 令和2年3月 4日(水) 受付開始13:00 研修13:30-16:45 福岡県庁 講堂(福岡市博多区東公園7-7)
第3回 令和2年3月 5日(木) 受付開始13:00 研修13:30-16:45 福岡県庁 講堂(福岡市博多区東公園7-7)
第4回 令和2年3月 6日(金) 受付開始13:00 研修13:30-15:30 福岡県吉塚合同庁舎 803号会議室(福岡市博多区吉塚本町13-50)

2 研修形式

第1回:講義形式 第2回&第3回:ワークショップ形式(第2回と第3回は同一内容です。) 第4回:講義形式
※ 重複受講については、第2回と第3回という組み合わせ以外のは可能です。

3 講師

第1回:MS & ADインターリスク総研株式会社 リスクマネジメント第四部事業継続マネジメント第二グループ長 砂川 直樹
第2回&第3回:東京海上日動火災保険株式会社 医療・福祉法人部 課長代理 村上 恒生
第4回:SOMPOリスクマネジメント株式会社 上席コンサルタント 宮本 薫

【 6名以上で申し込む場合 】

一番最後の通信欄に、6名以上で申し込む場合で申し込む旨を入力の上、推薦順位1番目から5番目、6番目から10番目、11番目から15番目等を入力の上、5名毎申し込みをしてください。

【 提出後訂正する必要が生じた場合 】

提出後、訂正する必要が生じた場合は、提出年月日時刻、到達番号(可能な場合)、医療施設名、訂正内容等を、入力画面の一番下の通信欄に記載して、訂正箇所だけでなく全ての項目を再入力して、再提出してください。(変更期限:令和2年2月14日(金))

【 回答者の基本情報 】

以下の欄に、回答担当者に連絡可能な、TEL、メールアドレス等を入力してください。

【属性情報】 団体の属性情報	
【属性情報1-1】 所属医療機関名称 必須	所属医療機関の名称を入力してください。 (例:医療法人〇〇会 〇〇病院)
【属性情報1-2】 郵便番号 必須	郵便番号を入力してください。 記入例:000-0000(半角数字、ハイフンあり) 8文字で入力してください。

【属性情報1-3】 所在市町村コード 必須	所属団体所在地の市町村コードをプルダウンメニューから選択してください(市町村名と市町村コードが記載されています)。
【属性情報1-4】 所属医療機関住所 必須	所属医療機関の住所を入力してください(市町村名から入力してください)。(例:〇〇市〇〇区△△7-7)
【属性情報1-5】 回答者の所属課名	回答者の所属課名を入力してください。 (回答例:総務課)
【属性情報1-6】 回答担当者の職名	回答者の職名を入力してください。 (回答例:総務課長)
【属性情報1-7】 回答者の氏名について 必須	回答者の氏名について入力してください。 (回答例:福岡 太郎)
【属性情報1-8】 担当者TEL 必須	回答担当者の電話番号を入力してください。 20文字以下で入力してください。
【属性情報1-9】 担当者E-MAILアドレス	回答担当者のE-MAILアドレスを入力してください。 半角英数字で入力してください。 256文字以下で入力してください。 パソコン用 パソコン確認用 携帯電話・スマートフォン用 携帯電話・スマートフォン確認用 ※パソコンと携帯電話・スマートフォンの両方に入力された場合は、両方のメールアドレス宛てにメールが送信されます。 ※携帯電話・スマートフォンの場合、ドメイン指定受信を設定されている方は「elg-front.jp」を受信できるよう指定してください。
【属性情報1-10】 BCPの策定の状況について 必須	貴医療機関のBCPの策定状況について入力してください。 策定済みの場合は「策定済」、策定中の場合は「策定中」、未策定の場合は「未策定」を選択して下さい。 ☐ 策定済 ☐ 策定中 ☐ 未策定
【属性情報1-11】 災害拠点病院の指定について 必須	貴医療機関は災害拠点病院に指定されていますか。 指定されている場合は「○」、指定されていない場合は「×」を選択して下さい。 ☐ ○ ☐ ×

【Q1】 研修の参加の可否について	
【Q1-1】 研修の参加の可否について。 必須	【Q1-1】 研修の参加の可否について回答してください。 研修の参加希望の有の場合「○」、研修の参加希望の無の場合「×」を選択して下さい。 ☐ ○ 「参加する」 ☐ × 「参加しない」 × 選択した場合は、Q1-1で回答は終了です。

【Q1-2】 研修の参加のべ人数について回答してください。	【Q1-2】 研修の参加のべ人数について回答してください。 ※ 【Q1-1 研修の参加の可否について】で○「参加する」を選択した場合、回答してください。 ※ 同じ人が重複受講する場合は、2人とカウントしてください。（例。第1回 A氏出席、第2回 A氏出席なら2人としてカウントします。） ※ なお、会場の都合等で、参加人数を調整する場合がありますので念のため申し添えます（その場合は、優先順位を参考にさせていただきます）。
【Q1-3】 研修で講師に聞きたいことがあれば入力してください。	【Q1-3】 研修で講師に聞きたいことがあれば入力してください。 ※ 特にない場合は、入力不要です。

ここからは、【Q1-1 研修の参加の可否について】で○「参加する」を選択した場合、参加者について回答して下さい。参加者については優先順位をつけて回答してください（人数が多い場合には参加人数を調整させていただきます）。

【Q2】 研修参加者について <優先順位 第1位>	
研修参加者《優先順位第1位》について、回答してください。	
【Q2-1】 所属団体名について <優先順位 第1位>。	【Q2-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q2-2】 所属部署名について <優先順位 第1位>。	【Q2-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 （例：総務部総務課。）
【Q2-3】 職名について <優先順位 第1位>。	【Q2-3】 研修参加者の職名について入力してください。 （例：総務課長、担当理事等）
【Q2-4】 職種について <優先順位 第1位>。	【Q2-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ○ 事務職 ○ 医師 ○ 歯科医師 ○ 看護師 ○ 保健師 ○ 薬剤師 ○ 診療放射線技師 ○ 臨床工学技士 ○ 管理栄養士 ○ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q2-5】 氏名（漢字）について <優先順位 第1位>。	【Q2-5】 研修参加者の氏名（漢字）について入力してください。
【Q2-6】 氏名（ふりがな（ひらがな））について <優先順位 第1位>。	【Q2-6】 研修参加者の氏名（ふりがな（ひらがな））について入力してください。
【Q2-7】 第一回の参加希望について <優先順位 第1位>。	【Q2-7】 第一回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。

	☐ ○ ☐ ×
【Q2-8】 第二回の参加希望について <優先順位 第1位>。	【Q2-8】 第二回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q2-9】 第三回の参加希望について <優先順位 第1位>。	【Q2-9】 第三回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q2-10】 第四回の参加希望について <優先順位 第1位>。	【Q2-10】 第四回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×

【Q3】 研修参加者について <優先順位 第2位>	
研修参加者《優先順位第2位》について、回答してください。	
【Q3-1】 所属団体名について <優先順位 第2位>。	【Q3-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q3-2】 所属部署名について <優先順位 第2位>。	【Q3-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q3-3】 職名について <優先順位 第2位>。	【Q3-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q3-4】 職種について <優先順位 第2位>。	【Q3-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q3-5】 氏名(漢字)について <優先順位 第2位>。	【Q3-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q3-6】 氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第2位>。	【Q3-6】

	研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q3-7】 第一回の参加希望について <優先順位 第2位>。	【Q3-7】 第一回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q3-8】 第二回の参加希望について <優先順位 第2位>。	【Q3-8】 第二回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q3-9】 第三回の参加希望について <優先順位 第2位>。	【Q3-9】 第三回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q3-10】 第四回の参加希望について <優先順位 第2位>。	【Q3-10】 第四回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×

【Q4】 研修参加者について <優先順位 第3位>	
研修参加者《優先順位第3位》について、回答してください。	
【Q4-1】 所属団体名について <優先順位 第3位>。	【Q4-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q4-2】 所属部署名について <優先順位 第3位>。	【Q4-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q4-3】 職名について <優先順位 第3位>。	【Q4-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q4-4】 職種について <優先順位 第3位>。	【Q4-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。

【Q4-5】 氏名(漢字)について <優先順位 第3位>。	【Q4-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q4-6】 氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第3位>。	【Q4-6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q4-7】 第一回の参加希望について <優先順位 第3位>。	【Q4-7】 第一回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q4-8】 第二回の参加希望について <優先順位 第3位>。	【Q4-8】 第二回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q4-9】 第三回の参加希望について <優先順位 第3位>。	【Q4-9】 第三回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q4-10】 第四回の参加希望について <優先順位 第3位>。	【Q4-10】 第四回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×

【Q5】 研修参加者について <優先順位 第4位>	
研修参加者《優先順位第4位》について、回答してください。	
【Q5-1】 所属団体名について <優先順位 第4位>。	【Q5-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q5-2】 所属部署名について <優先順位 第4位>。	【Q5-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q5-3】 職名について <優先順位 第4位>。	【Q5-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q5-4】 職種について <優先順位 第4位>。	【Q5-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他

	「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q5-5】 氏名(漢字)について <優先順位 第4位>。	【Q5-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q5-6】 氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第4位>。	【Q5-6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q5-7】 第一回の参加希望について <優先順位 第4位>。	【Q5-7】 第一回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q5-8】 第二回の参加希望について <優先順位 第4位>。	【Q5-8】 第二回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q5-9】 第三回の参加希望について <優先順位 第4位>。	【Q5-9】 第三回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×
【Q5-10】 第四回の参加希望について <優先順位 第4位>。	【Q5-10】 第四回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ☐ ○ ☐ ×

【Q6】 研修参加者について <優先順位 第5位>	
研修参加者《優先順位第5位》について、回答してください。	
【Q6-1】 所属団体名について <優先順位 第5位>。	【Q6-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q6-2】 所属部署名について <優先順位 第5位>。	【Q6-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q6-3】 職名について <優先順位 第5位>。	【Q6-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q6-4】 職種について <優先順位 第5位>。	【Q6-4】 研修参加者の職種について入力してください。

	○ 事務職 ○ 医師 ○ 歯科医師 ○ 看護師 ○ 保健師 ○ 薬剤師 ○ 診療放射線技師 ○ 臨床工学技士 ○ 管理栄養士 ○ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q6-5】 氏名(漢字)について <優先順位 第5位>。	【Q6-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q6-6】 氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第5位>。	【Q6-6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q6-7】 第一回の参加希望について <優先順位 第5位>。	【Q6-7】 第一回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ○ ○ ○ ×
【Q6-8】 第二回の参加希望について <優先順位 第5位>。	【Q6-8】 第二回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ○ ○ ○ ×
【Q6-9】 第三回の参加希望について <優先順位 第5位>。	【Q6-9】 第三回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ○ ○ ○ ×
【Q6-10】 第四回の参加希望について <優先順位 第5位>。	【Q6-10】 第四回の参加希望について、希望する場合は「○」、希望しない場合は「×」を選択してください。 ○ ○ ○ ×

5名を超える場合には、医療指導課地域医療係(092-643-3273)まで御相談ください。

通信欄	
-----	----------------------

お問い合わせ

【この申請に関するお問い合わせ先】
福岡県 保健医療介護部 医療指導課 地域医療係
電話：092-643-3273
メール：iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

【システムの操作方法に関するお問い合わせ先】
電子申請サービスヘルプデスク

電話: 0120 -96 -9064(平日9時から17時)
メール: help-fukuokashinsei@elg-front.jp

申し込み内容確認

申し込み一時保存確認