

神病協発第 720 号  
平成 24 年 2 月 13 日

会 員 各 位

社団法人神奈川県病院協会  
会 長 渡 邊 史 朗  
(公印省略)

平成 24 年度診療報酬改定説明会の開催について

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、本会の事業に種々ご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

さて、この度の診療報酬改定にあたり、県下病院に改定内容の周知徹底を図るため、関東信越厚生局神奈川事務所に依頼し、次のとおり説明会を開催いたしますのでご案内いたします。

つきましては、貴病院職員の参加について、よろしくお願い申し上げます。

[お問い合わせ]

〒231-0037 横浜市中区富士見町 3-1

(社)神奈川県病院協会 事務局 森田, 成田, 町田

Tel045-242-7221

Fax045-231-1794

平成24年度診療報酬改定説明会

日時 平成24年3月26日(月)13時～16時30分予定(受付は12時より)  
 ※終了時間につきましては、前後する場合がございます。

場所 横浜市 西公会堂 (別紙参照)  
 横浜市西区岡野 1-6-41 TEL045(314)7733

内容 平成24年度診療報酬改定の内容に関わる説明

主催 社団法人 神奈川県病院協会

参加費 5,000円/1人(会員)  
 (資料代) ※受付で当日お支払いください。

申込方法 「官製往復はがき(葉書1枚1名様)」にてお申込ください。  
 ※会場の都合により1施設2名様まででお願いいたします。

記入例  
 (往信)

(表)	(裏)
〒231-0037 横浜市中区富士見町 3-1 神奈川県総合医療会館 4階  社団法人神奈川県病院協会 事務局 森田 行き	診療報酬改定説明会 参加申込書 1. 氏名 ○○○ ○○○ 2. 勤務先 ■■■■病院 3. 所属部署 □□□課(科) 4. ご連絡先 △△△-△△△△

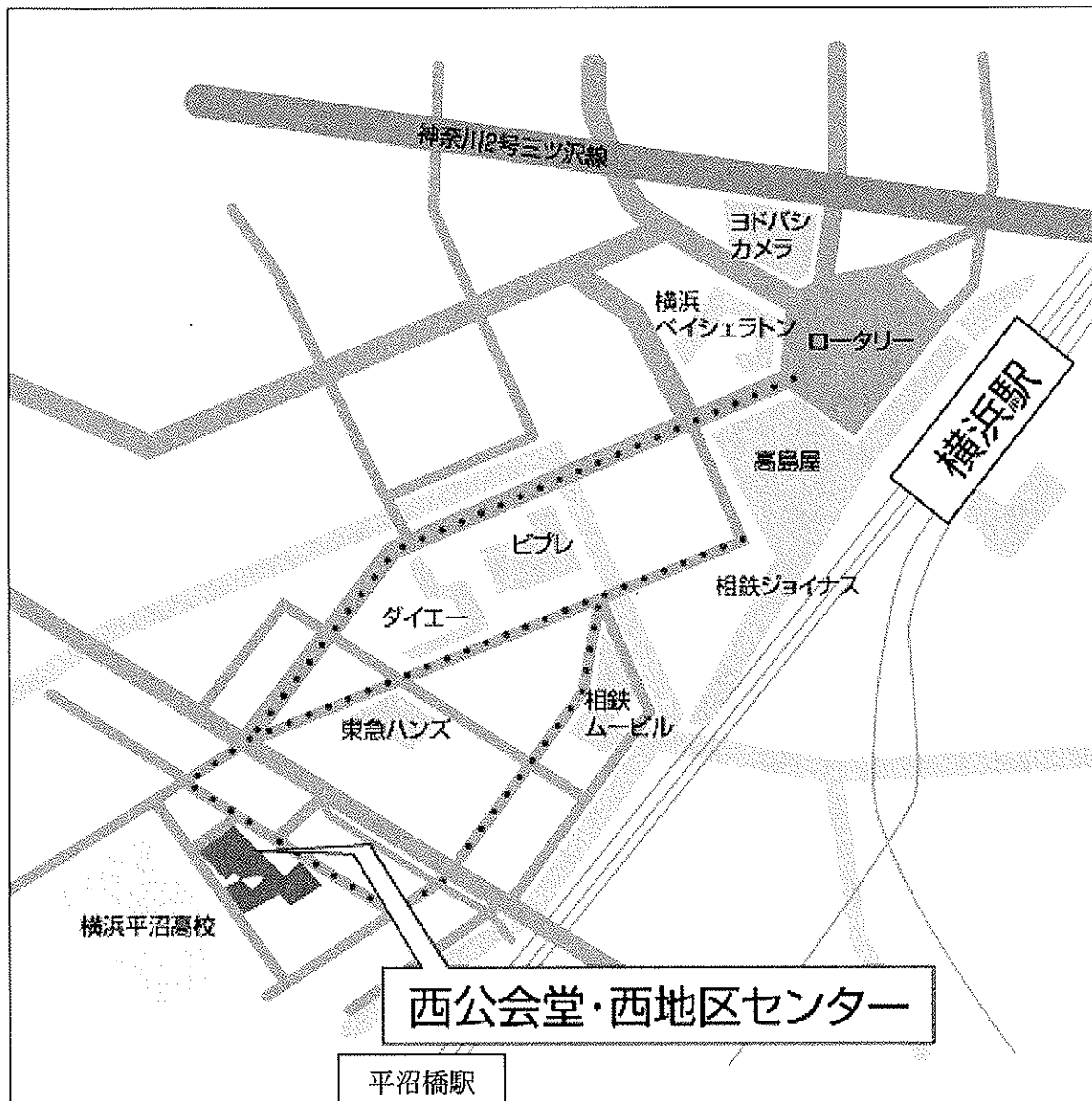
(返信)

〒◆◆◆-◆◆◆◆  ○ □ (病院名) ◆ (住所) ○ □ □ 課 ◆ ○ □ ◆ ○ ◆ 様 病院 ◆	診療報酬改定説明会 参加票  氏名 ○○○ ○○○ 勤務先 ■■■■病院 病院協会 ○ 受付印 ○
--	---

申込締切 平成24年3月13日(火)必着 (※別紙質問用紙も同日締切)

その他 ※申込締切後のキャンセルにつきましては、資料代(送料別途)を  
 いただくこととなりますので、予めご了承ください。  
 ※返信葉書(参加票)を当日ご持参ください。  
 ※参加費はつり銭のないようお願いいたします。

～ ～ ご 案 内 ～ ～



★「横浜駅」より徒歩10分、「平沼橋駅」より徒歩6分

※駐車場はありません。当日は、公共交通機関をご利用ください。

## 質 問 用 紙

※診療報酬改定に関係するご質問を用紙1枚につき1項目でご記入ください。複数  
ご質問がある場合は、本紙を複写してご使用ください。

病 院 名			
所属課(役職)		担 当 者	
T E L	(            )	F A X	(            )

質問項目(いずれか1つの項目に○を付けてください)

● 医科診療報酬点数に関する質問

- |           |           |          |          |         |        |
|-----------|-----------|----------|----------|---------|--------|
| 11. 初診    | 12. 再診    | 13. 医学管理 | 14. 在宅   | 20. 投薬  | 30. 注射 |
| 40. 処置    | 50. 手術麻酔  | 60. 病理検査 | 70. 画像診断 | 80. その他 |        |
| 90. 入院基本料 | 92. 特定入院料 | 97. 食事生活 | ・ D P C  |         |        |

● 厚生労働大臣が定める基準に関する質問

- |          |               |               |
|----------|---------------|---------------|
| A 材料価格基準 | B 基本診療科の施設基準等 | C 特掲診療科の施設基準等 |
| D 告示・通知等 |               |               |

● その他

質問タイトル

質問内容(具体的にご記入ください)

回答欄(記入しないでください)