

神病協発第 720 号
平成 24 年 2 月 13 日

施 設 長 殿

社団法人神奈川県病院協会
会 長 渡 邊 史 朗
(公印省略)

平成 2 4 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。

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。

[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 7,000円/1人(未入会病院)
 (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)

〒◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ ○○○ ○○○ ○○○ 様 □□□ 課 ■■■ (病院名) ■■■ 病院 ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ (住所)	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。