



受講申込者氏名 ( )

受講者選考の参考としますので、必ず以下の設問にもご回答ください。

(該当するものにチェック (☑) してください。)

1. あなたの所属施設の所在地は、下記のいずれに該当しますか。

離島                       へき地 (※)                       その他

(※) 医療保険・介護保険で、地域に対する加算の要件となっている地域を一カ所でも含む場合には「へき地」にチェック (☑) してください

2. 所属施設の利用者の居住地として、下記の地域を含みますか。

離島                       へき地 (※)                       その他                      (※) は設問 1 と同じ

3. この研修を受講しようと思った動機をお聞かせください。

4. 業務において ICT を利用し、所属施設以外の施設と患者情報のやりとりを行っていますか。

行っている                       行っていない

以下は、アンケートです。(任意回答)

1. 業務において ICT を利用している方にお尋ねします。(利用していない場合は、回答不要です。)

①利用しているシステム名を具体的にお答えください。

②利用しているシステムには、セキュリティ下での画像の送受信機能やテレビ電話機能がありますか。

画像の送受信機能                       あり                       なし

テレビ電話機能                       あり                       なし

③ICT を利用するにあたり、機器の購入費、システムの維持費は誰が負担していますか。

機器購入費                       所属施設・事業所                       連携相手の施設・機関等                       その他 ( )

システム維持費                       所属施設・事業所                       連携相手の施設・機関等                       その他 ( )

上記費用に対する公的な支援があれば、具体的な支援内容をお答えください。

2. 研修受講に関する交通費・宿泊費はどこが負担していますか。

自己負担                       所属している事業所・法人                       都道府県等 (  基金                       それ以外 \_\_\_\_\_ )

記入いただいた個人情報は、この研修会以外の目的では利用いたしません。

申込につきましては、以下の宛先まで“郵送”してください。(令和元年 12 月 16 日必着)

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16 日本医師会 医事法・医療安全課