

2026年2月

はこだて地域医療連携実務者協議会
加入医療機関 各位

はこだて地域医療連携実務者協議会 世話人
市立函館病院 佐々木 淳
函館中央病院 亀谷 博志
函館五稜郭病院 橋浦 大希
(公 印 省 略)

第22回『道南医療圏情報共有会』および 令和8年度診療報酬改定講演会 開催のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、2014年5月より道南医療圏における地域医療連携の発展と実務者の間のより円滑な連携体制の構築を目指し活動しています。

今回は『入退院支援加算算定病院』の退院支援担当職員と他の連携病院入院・退院支援担当職員との間に「1対1」の対面した定例の情報交換会に合わせて、エム・シー・ヘルスケア株式会社様主催の令和8年度診療報酬改定講演会を併催致します。

協議会加入の皆様のご参加をよろしくお願ひ申し上げます。

敬 具

記

● 日 時 2026年3月7日（土曜日） 13時00分～17時00分

● 場 所 函館五稜郭病院（五稜郭町38番3号） 管理棟4階会議室
※駐車場は無料認証致します。駐車券を忘れずお持ちください。

● プログラム

1. 開会挨拶：函館五稜郭病院 橋浦（世話人）

2. エム・シー・ヘルスケア株式会社主催 『令和8年度 診療報酬改定講演会』

※同社プロモーション含みます。詳細は後日別途ご案内致します。

参加申込は会場の設営・運営上、情報共有会と合わせて別紙にてお申し込みください。

休憩（30分）

3. 情報共有会 ※入退院支援担当職員同士の1機関対1機関の情報共有・ディスカッション

4. 事務連絡（会規約の変更について）

5. 閉会挨拶：市立函館病院 佐々木（世話人）

《参加申込 他》

※別紙「参加申込書」に必要事項を記載の上、事務局へ 2月28日（土）迄にFAX送信または、データ（当院WEBサイト[イベント情報]に掲載）をe-mail提出にてお申込みください。

なお、参加多数の場合は、事務局で調整させて頂く場合がございます。

※当日は軽装（スーツ不要）でお越し下さい。

※お問合せは、下記事務局へご連絡下さい。

事務局-函館五稜郭病院 地域連携・PFMセンター 担当：橋浦

電話（代）0138-51-2295 / FAX 0138-56-2695 / e-Mail : d-hashiura@gobyou.com

送信先 : 函館五稜郭病院 FAX 0138-56-2695

担当:地域連携 PFM センター橋浦 ※表紙は不要です。本紙のみでご連絡ください。

第 22 回『道南医療圏情報共有会』

エム・シー・ヘルスケア株式会社主催 令和 8 年度 診療報酬改定講演会 申込票
開催日:2026 年 3 月 7 日(土) 申し込み締め切り:2026 年 2 月 28 日(土)迄

ご施設名		
申込ご担当者様 連絡先	氏名:	所属:
	電話:	FAX:
	メールアドレス:	

	参加者ご氏名	所属部署	職種	参加
1	フリガナ		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 両方参加 <input type="checkbox"/> 情報共有会のみ <input type="checkbox"/> 講演会のみ
2	フリガナ		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 両方参加 <input type="checkbox"/> 情報共有会のみ <input type="checkbox"/> 講演会のみ
3	フリガナ		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 両方参加 <input type="checkbox"/> 情報共有会のみ <input type="checkbox"/> 講演会のみ
4	フリガナ		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 両方参加 <input type="checkbox"/> 情報共有会のみ <input type="checkbox"/> 講演会のみ
5	フリガナ		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 両方参加 <input type="checkbox"/> 情報共有会のみ <input type="checkbox"/> 講演会のみ

※情報共有会は各施設 2~3 名に留めて頂くよう、ご協力をお願い致します。

その他連絡事項