

# 2024年度 サーバイヤー講習会のご案内

卒後臨床研修評価機構（JCEP）では、「サーバイヤー講習会」を開催し、当 JCEP の行う臨床研修評価事業のサーバイヤーを養成します。講習会では、臨床研修のプログラムを中心とした評価を行うための知識、方法、態度を習得することを目的としています。本講習会の受講後、OJT としての訪問調査への参加、JCEP サーバイヤーとしての活動に参加していただけます。

下記プログラムを予定しております。是非、ご検討いただき、ご参加いただけますようお願いいたします。

日時：2024（令和6）年7月12日（金）9：30～15：30

会場：ホテルグランドアーク半蔵門（東京都千代田区）

対象：当評価機構の正会員（個人会員）

参加費用（昼食含む）：お一人 20,000 円（税別） ※事前登録制

再受講をご希望される方もお申込みいただけます。

## プログラム(予定)

- JCEP の概要と第三者評価の意義について
- 医師臨床研修制度と最近の同湖
- 臨床研修の到達目標・研修医評価について
- 研修医評価と EPOC への記録について
- JCEP 評価と人材育成事業
- JCEP 評価事業と認定証の発行
- 訪問調査の実際と演習

正会員の方は、以下 QR コードからお申込みいただけます。



厚生労働省医師臨床研修推進室、EPOC 等から、講師が出席される予定です。

### 【お申込み方法】

- ① JCEP のホームページから申込をする（以下 URL からお申込みください）

正会員向け申込み先 URL：<http://npojcep.venus.bindcloud.jp/ws/ws/2024svrwsseikaiin.html>

非会員向け申込み先 URL：<http://npojcep.venus.bindcloud.jp/ws/ws/2024svrwshevikaiin.html>

- ② Eメールまたは F A X で申込をする（本紙裏面をお送りください）

送信先 ◆Eメール：『[ws@jcep.jp](mailto:ws@jcep.jp)』

※申込書はホームページ「<https://www.jcep.jp/>」よりダウンロードできます。

### 【お申込み締切】

2024 年 5 月 7 日または定員になり次第締め切らせていただきます。

お申込み後、Eメールにて引き続きの手続きのご案内をさせていただきます。

※手続きは Eメールのみとなります。文書が必要な場合は、必要事項を明記の上、返信用封筒を添えて、郵送にてご連絡ください。

非会員の方は、以下 QR コードからお申込みいただけます。



※JCEP 正会員のみがサーベイヤー講習会をお申込みいただけます。

正会員でない場合は、同時に正会員としてのご入会手続きをお願いします。

本講習会をご受講にあたっては臨床研修に関する実務経験(事務部門を含む)を有すること、またはこれに準ずる経験を有することが望ましいとしております。

受講申し込みにあたって、以下の全項目にご回答ください。(当てはまるものに☑《チェック》してください。)

1.ご所属先は以下のどれにあたりますか？

- 基幹型臨床研修病院       協力型臨床研修病院       臨床研修協力施設  
 臨床研修病院・施設ではない

2.指導医・指導者経験は何年くらいですか？

- 5年以上       2年以上       1年未満

3.研修管理委員会への関わりについて以下のどれにあたりますか？

- 構成員       オブザーバー       事務局・担当部署  関わりがない

4. JCEP が開催する講習会を受講したことはありますか？

- 事務・実務担当者講習会受講済       臨床研修制度の変遷と第三者評価に関する講習会受講済  
 サーベイヤー講習会受講済       受講したことがない

5.指導医講習会・プログラム責任者養成講習会を受講していますか？

- 医師の方:指導医講習会受講済       医師の方:プログラム責任者養成講習会受講済  
 医師以外の方:オブザーバー参加       医師以外の方:事務局として参加       未受講・参加経験なし

### 【JCEP正会員の方】サーベイヤー講習会 受講申込書

お名前	
ご所属先 名称	
Eメールアドレス(個人)	

### 【JCEP正会員でない方】正会員入会申込書 兼 サーベイヤー講習会受講申込書

お名前	ふりがな	
ご住所		
資格等	<input type="checkbox"/> 1) 医師 <input type="checkbox"/> 2) 看護師 <input type="checkbox"/> 3) 事務 <input type="checkbox"/> 4) 他医療従事者 <input type="checkbox"/> 5) 研究者 <input type="checkbox"/> 6) 一般	
Eメールアドレス(個人)		
医療専門分野		
ご所属先 名称	ふりがな	
所在地		
TEL/FAX	/	
所属部署/ご職名	/	
希望連絡先	<input type="checkbox"/> 1) ご所属先 <input type="checkbox"/> 2) ご自宅	

※JCEP 正会員にご入会いただくには、別途年会費を要します。ご確認のうえ、お申し込みください。