

第1回「産科医療補償制度原因分析委員会」の開催について

標記会議を下記の通り開催いたします。

傍聴を希望される方は下記4の傍聴要領によりお申し込みください。

記

1. 日 時 : 平成21年2月18日(水) 10:00~12:00
2. 場 所 : 日本医療機能評価機構 大会議室
〒101-0061 千代田区三崎町1丁目4番17号東洋ビル10階
3. 議 題 : (1) 原因分析委員会の役割について
(2) その他
4. 傍聴要領
 - (1) 会場設営の関係上、予め御連絡いただきますようお願いいたします。
 - (2) 下記のとおり、FAXでお申し込みください。
(電話、電子メール等FAX以外でのお申し込みは御遠慮ください。)
 - ・ 記載事項: 氏名、職業(所属先)、連絡先住所又は所在地、連絡先電話及びFAX番号
 - ・ 標題として: 「第1回産科医療補償制度原因分析委員会傍聴希望」と記載
 - ・ FAX送信先: 03-5217-2334 (産科医療補償制度運営部宛)

※車椅子をお使いになられる方はその旨お書き添えください。
また、介助の方がいらっしゃる場合はその方のお名前も併せてお書き添えください。
※複数名お申し込みの場合もお一人ずつの記載事項をお書きください。

 - (3) 申込み締切: 平成21年2月13日(金)の17時とします。
 - (4) 傍聴を申し込まれた方につきましても、席の数に限りがございますので、希望者多数の場合には抽選といたしますので、傍聴をお断りさせていただく場合がございます。
 - (5) お断りさせていただく場合には、平成21年2月16日(月)中にFAXにてご連絡させていただきますので、傍聴申し込みの際に必ずFAX番号を記入していただきますようよろしくお願いいたします。
 - (6) 当日は会議開始時刻の30分前より受付を開始いたします。
 - (7) 別紙「傍聴される方への留意事項」を遵守してください。遵守されない場合には、ご退場いただく場合があります。

(照会先)

財団法人日本医療機能評価機構 産科医療補償制度運営部

電話: 03-5217-2357 (担当: 眞鍋、稲葉)

傍聴される方への留意事項

会議の傍聴にあたり、次の留意事項を遵守してください。

これらをお守りいただけない場合は、退場していただくことがあります。

1. 事務局の指定した場所以外の場所に立ち入ることはできません。
2. 携帯電話等の電源は必ず切って傍聴してください。
3. 写真撮影やビデオカメラ・テープレコーダー等の使用は御遠慮ください。
ただし、写真撮影は冒頭のみ可とします。
4. 静粛を旨とし、意見聴取の妨害になるような行為は慎んでください。
5. 意見聴取における言論に対し賛否を表明し、又は拍手をすることはできません。
6. 会議開始後は、新聞又は書籍の類を閲覧することは御遠慮ください。
7. 会場での飲食及び喫煙は御遠慮ください。
8. 銃器その他の危険なものを持っている方、酒気を帯びている方、
その他秩序を乱す恐れがあると認められる方の傍聴はお断りいたします。
9. その他、委員長及び事務局職員の指示に従うようお願いいたします。

以 上