

平成 23 年 10 月 20 日

人間ドック実施指定施設 各位

社団法人 全日本病院協会
人間ドック委員会

全日本病院協会「人間ドック更新料減免」申請についてのご案内

平素より本会人間ドック事業の運営につきまして、格段のご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。
当協会人間ドック実施指定施設の更新料につきまして、人間ドック施設の指定内規の付則 6 に
おいて、全日本病院学会参加による更新料の減免条件が下記のとおり定められております。

つきましては、平成 23 年 10 月 29 日（土）・30 日（日）に開催される「第 53 回全日本病院学
会（沖縄県）」に参加される施設は下記の要領をご確認のうえ、申請書をご提出くださいますよう
お願い申し上げます。

記

1. 申請方法について

A 学会当日に申請される方

- ①学会期間中（平成 23 年 10 月 29 日・30 日）に、貴施設名が記載されている「学会参加証」
をお持ちのうえ全日本病院協会ブースまでお越しください。
- ②事務局担当者より申請書をお渡し致しますので、申請書に必要事項をご記入のうえ、「学
会参加証」と共に事務局担当者までご提出ください。
- ③申請書のコピーをとり、原本を返却致します。原本は控えとなりますので、施設にて保管
してください。

B 学会終了後に申請される方

- ①裏面の別紙申請書に必要事項をご記入のうえ、「学会参加証」を貼付してください。
- ②上記①を平成 23 年 12 月 26 日（月）までに F A X にて下記連絡先宛にご送付ください。
- ③原本は控えとなりますので、施設にて保管してください。

※申請には、学会参加証の貼付が必須です。

※1 施設あたり複数名参加された場合でも、同施設の減免額は 1 名分（10,000 円）となりま
すのでご了承ください。

※平成 26 年 4 月の更新日前までに過去分をまとめて申請する事も可能です。

2. 人間ドック指定内規 付則 6（抜粋）

指定施設は、3 年毎に認定を更新する。

平成 2 6 年 4 月更新時より、更新手数料を 5 0, 0 0 0 円納入すること。

ただし、更新日までの 3 年間に「全日本病院学会」に参加した施設については参加証(写し)の
提示により、更新手数料を次のとおり減免する。

- (1)「全日本病院学会」の参加による減免については、平成 2 1 年度より適用する。
- (2)「全日本病院学会」に参加した施設の減免額は 1 学会につき 1 0, 0 0 0 円とする。
- (3)「全日本病院学会」1 学会あたり複数人参加しても減免額は 1 0, 0 0 0 円とする。
- (4)の更新手数料に限り、平成 2 1 年度～平成 2 5 年度の「全日本病院学会」を対象とし、
毎年参加することで最大 5 0, 0 0 0 円の減免とする。
- (5)平成 2 9 年 4 月以降の更新手数料については、更新日までの 3 年間の「全日本病院学会」
を対象とし、毎年参加することで最大 3 0, 0 0 0 円の減免とする。

以上

【連絡先】(社)全日本病院協会 事務局 人間ドック委員会担当

〒101-8378 東京都千代田区三崎町 3-7-12 TEL : 03-3234-5165 FAX : 03-3237-9366

社団法人 全日本病院協会
人間ドック委員会 行

全日本病院協会「人間ドック更新料減免」申請書

1. 申請方法について

- ①当申請書に必要事項をご記入のうえ、「学会参加証」を貼付してください。
②上記①を平成 23 年 12 月 26 日（月）までに F A X にてご送付ください。

F A X : 0 3 - 3 2 3 7 - 9 3 6 6

- ③原本は控えとなりますので、施設にて保管してください。

2. 申請の際のご注意

- ・申請には、学会参加証の貼り付けが必須です。
- ・1施設あたり複数名参加された場合でも、同施設の減免額は1名分（10,000円）となりますのでご了承ください。

.....

（記入日 平成 年 月 日）

会員番号	
施設名 <small>※医療法人名から ご記入下さい</small>	
申請者 氏名	
学会参加者 氏名	
電話番号	

第 53 回全日本病院学会（沖縄県）
学会参加証貼付欄

【連絡先】（社）全日本病院協会 事務局 人間ドック委員会担当

〒101-8378 東京都千代田区三崎町 3-7-12 TEL : 03-3234-5165 FAX : 03-3237-9366

HP