

無料・定員 30 名

— 展示会同時開催 —

第 1 部：14：30～15：30

診療所・病院の院長先生や事務長様にぜひお聞きいただきたいセミナーです

### 診療報酬改定の抑えておくべきポイント

＝改定 Q&A と事例紹介＝

講師：PHCメディコムネットワークス株式会社

営業管理部 医療事務課 山崎 紀子

約20年に亘り、実際の医療現場で受付業務、レセプト請求業務、人材育成を担当。

現在はその経験を活かして、セミナー講師、査定・返戻の点検、受付職員様への研修、社員教育を担当。

第 2 部：16：00～16：40

調剤薬局の経営者様や薬剤師様にぜひお聞きいただきたいセミナーです

### 薬剤師さんの負担軽減のために

＝電子おくすり手帳と電子薬歴システム＝

講師：PHC株式会社 メディコム事業部 事業企画部 ヘルスケアサービス課 主任 原淳司

PHC株式会社 メディコム事業部 セグメントセールス部 調剤推進課 課長 石原鉄也

2018年

7月

28日 (土)

会場

福山ビッグローズ  
小展示室Fホール

福山市御幸町大字上岩成字正戸 476-5

TEL:084-970-2111

## PHCメディコムネットワークス株式会社

福山営業所 〒721-0974 福山市東深津町 4-19-10 TEL084-926-0028 (代)

# 展示会

## 開催時間：14：00～18：00

### 電子カルテシステム

Medicom-HRV

ドクターはもちろん、  
スタッフにも見やすく  
使いやすいことを  
さらに追求しました。



※本製品には医療機器に該当する機能は含まれておりません。

### レセプトコンピュータ

Medicom-HRV

かんたん快適に日々業務が  
出来る、レセプト点検の  
負担が軽減されることに  
こだわりました。



### 新発売

#### 調剤薬局システム

ファーマSV  
PharmesV

レセプトコンピュータと  
電子薬歴を完全に融合！



### 電子おくすり手帳

ヘルスケア手帳サービス

電子薬歴上で  
電子版お薬手帳の内容を確認でき、  
また他薬局での調剤情報を  
薬歴表紙に取り込むことも可能です



### 協賛出展商品

#### 株式会社タカゾノ

- ・自動分割分包機『Cresatge-Lite』
- ・PTP 除包機パラスター コアモデル
- ・なんこう練太郎『NRE-250』
- ・監査支援システム『PROOFIT』

#### 新興サービス株式会社

- ・調剤監査システム『Audit』
- ・24時間365日ネットワークの安心安全を「多層防御」で守るクラウドサービス『MS Kクラウド』

## 個別相談会

### メディコムをお使いの診療所様限定

### 無料 先着2組 15：40～16：30 (1組20分)

医療事務でお悩みのこと、どこに相談したらいいのかお困りのことはございませんか？

当社のレセプト点検サービスでは「いまさらこんなこと聞けないと思っていた事がよく理解できた」「査定されたけどどうしたらいいのか困っていた事が解決した」などの声をいただいています。

医療事務担当としてレセプト点検、セミナーや法令改定説明会の講師を務める営業管理部 医療事務課 課長代理 二宮 由美子  
山崎 紀子が医療事務の不安や疑問についてもお答えします。下記申込書にてお申込下さい。

## セミナー・個別相談会申込書

以下の個人情報の取扱いについてご同意の上、  
ご記入頂き、FAXにてお申込み下さい。

PHCメディコムネットワークス株式会社

FAX 086-226-4140

●お預かりした個人情報は、お申込み頂いた商品やサービスの把握、事務連絡のほか、各種ご案内（刊行物、展示会、セミナー等）やアンケート、広告主の製品やサービスのご案内に利用させていただきます。●当社の個人情報統括責任者は本部長となります。●当社は個人情報を適切に管理し、漏洩の防止に努めるとともに、法令に定める場合を除き、事前に本人の同意を得ることなく第三者に提供及び委託いたしません。お客様情報についての照会・訂正・削除を希望される場合は、お手数ですが表記の連絡先までご連絡下さい。速やかに対応させていただきます。

セミナー	<input type="checkbox"/> 第1部 ( 名) <input type="checkbox"/> 第2部 ( 名)
個別相談会 (先着2組)	希望時間 <input type="checkbox"/> 15：40～16：00 <input type="checkbox"/> 16：10～16：30 ※お申込状況によりお時間の変更をお願いする場合がございます。ご了承下さい。
貴医療機関名 ご連絡先 (住所・TEL・FAX) ご担当者様	〈ゴム印でも結構です〉
ご紹介特約店 (ご紹介者)	