実践的病院経営マネジメント人材養成プラン

【様式１】履歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日  （年齢） | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生  　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） | | | | | 性別 | | 男・女 |
| 現住所 | 〒　　－ | | | | | | | |
| 電話番号（自宅・携帯） |  | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | |
| 所属  施設名 |  | | | | | | | |
| 所属施設  所在地 | 〒　　－ | | | | | | | |
| 電話番号（代表・直通） | |  | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | |
| 職種 | 医師・歯科医師・看護師・薬剤師・事務・学生  企業所属・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | 職種経験  年数 | 年 | |
| 所属  診療科・  所属部署 |  | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | 現所属施設  勤務年数 | 年 | |
| 最終学歴 |  | | | | | | | |
| 結果通知  送付先 | 現住所　・　勤務先 | | | | | | | |
| 希望  連絡先 | 現住所　・　勤務先 | | | 希望  連絡方法 | 電話・メール | | | |

実践的病院経営マネジメント人材養成プラン

【様式２】履修コース・選択科目申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込コース | | 医療の将来を担う病院 経営者養成コース | 地域マネジメント 養成コース |
| 右のどちらかのコース名の下の枠に ○を記載してください | |  |  |
| 申込科目（各コースにおいて、必修以外の受講希望科目に**○**を記載） | 病院の経営管理 | 必修 | 必修 |
| 病院の経営分析・コスト分析 | 必修 | 必修 |
| 経営統計 | 必修 | 必修 |
| 医療政策と医療法・個人情報保護法 | 必修 | 必修 |
| 医療の質管理 | 必修 | 必修 |
| 医療マーケティング | 必修 | 必修 |
| 医療サービスマネジメント | 必修 | 必修 |
| 病院経営ケーススタディⅠ | 必修 | 必修 |
| 病院経営ケーススタディⅡ | 必修 | 必修 |
| 財務分析 | 必修 | 必修 |
| DPCデータ分析 | 必修 |  |
| 地域連携 |  | 必修 |
| 経営組織 |  |  |
| 組織マネジメント |  |  |
| 情報管理 |  |  |

※受講料につきましては、募集要項、ホームページ、リーフレットをご参照ください。

実践的病院経営マネジメント人材養成プラン

【様式３】志望動機

|  |
| --- |
|  |

実践的病院経営マネジメント人材養成プラン

【様式４】

受講承諾書

フリガナ

　受講者氏名

　上記の者が、神戸大学主催の『実践的病院経営マネジメント人材養成プラン（Ｍ×Ｍ ＫＯＢＥ）』に応募することを許可します。また上記の者が同プログラムの受講を神戸大学より許可された場合は、約７ヶ月間の受講期間において同プログラムを受講することができるよう配慮します。

　　　　　　　　　　令和　　　年　　　　月　　　　日

所属機関・役職名

氏名

直筆サインまたは捺印