2026年度　サーベイヤー講習会のご案内

卒後臨床研修評価機構（JCEP）では、「サーベイヤー講習会」を開催し、当JCEPの行う臨床研修評価事業のサーベ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サーベ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します。

日時：2026（令和8）年7月10日（金）9：３０～１５：３０

会場：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動向

⮚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

―――――――――――――――――――――――――――――――――――

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。

以下QRコードからお申込みいただけます。

QR コード

AI 生成コンテンツは誤りを含む可能性があります。

【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）

申込み先URL：https://www.jcep.jp/ws/ws/2026svr.html

②ＥメールまたはＦＡＸ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』

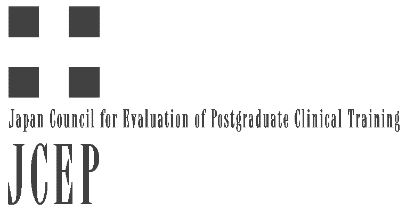
※申込書はホームページ「https://www.jcep.jp/」よりダウンロードできます。

【お申込み締切】

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。



【お問合せ先】ＮＰＯ法人卒後臨床研修評価機構　講習会係

〒102-0083東京都千代田区麹町3-3-8麹町センタープレイス5F

ＴＥＬ：03-5212-2444

Ｅメール：ws @jcep.jp　　URL：https://www.jcep.jp/

*NPO法人卒後臨床研修評価機構行* **Ｅメールで申込をする**

***Email：ws@jcep.jp***

※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。**

|  |
| --- |
| 受講申し込みに当たって、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ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ（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 | １）医師　２）看護師　３）事務　４）他医療従事者　５）研究者　６）一般 | |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ（個人） |  | |
| 医療専門分野 |  | |
| ご所属先　名称 | ふりがな |  |
|  | |
| 所在地 |  | |
| TE L／FAX | ／ | |
| 所属部署／ご職名 | ／ | |
| 希望連絡先 | １）ご所属先　　　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。