

医療メディエーター認定を受けるには

16 時間以上の受講修了により、日本医療メディエーター協会の医療メディエーター認定を受けることができます。認定を受けるためには、日本医療メディエーター協会に入会・登録し、会費（年 6000 円）を納付する必要があります。

<登録入会のメリット>

1. 医療メディエーターとしての認定証の発行
2. 医療メディエーター協会本部および各支部の主催する各種研修への参加
3. ウェブでの無料の e-learning 講義の視聴
4. ニュースレターの受領
5. 患者サポート体制充実加算の施設基準に関する具体的資料の閲覧
6. 個別事案についての協会内相談体制の利用

<登録入会にあたっての注意事項>

1. **医療メディエーター登録入会は、研修を受講された年の 12 月末日まで可能**です（**支部研修・一部医師会研修などの受講費に含まれている会費の有効期限も受講年の 12 月末日です**）。**翌年になりますと、入会のためには再受講が必要となりますのでご注意ください。**
2. 登録に当たって、メールアドレスが必要ですが、**共用・個人のもの問わず病院のメールアドレス、携帯メールアドレスでは登録できません**。病院の部署アドレスの場合、入会をお断わりします（容量、サーバー制限等で届かない等の問題が頻繁に発生するため）。個人のアドレスがない方は、yahoo Google 等の無料アドレスを取得して申請してください（hotmail は届かないことが多い）。そこから携帯や病院アドレスに連想設定をすれば、意識せず、利用することが可能です。
3. 入会後のアドレス変更、職場変更などは、HP の「変更」タブからフォームにて事務局へご連絡ください。退会もフォームからお願いします。
4. 認定登録は 5 年有効で更新が必要です。更新のためには、研修や年次大会への参加、e-learning の視聴などでポイントを獲得することが必要ですが、遠方の方でも e-learning のみで困難なく条件達成可能です。
5. **支部主催研修・愛媛県医師会・石川県医師会・神戸市医師会の場合のみ**研修時にいただいた会費は研修が開催された年の **12 月末日まで有効**です。年を越えると新年期の会費納付が必要です。
6. 会費は入会日時に関わらず、入会年の 12 月末日まで有効です。

<入会申請・会費納付の際の注意>

会費納付後、ウェブから入会申請してください。

三菱東京UFJ銀行 江戸川橋支店 普通 0097263

一般社団法人日本医療メディエーター協会代表理事和田仁孝

※受講時に会費を同時徴収している支部研修（愛媛県医師会・石川県医師会、神戸市医師会の共催研修含む）の受講者は、初年度会費の納付は不要です。

※会費納付の際は、**お名前のみでお振込み下さい**。やむを得ず病院名で振り込む場合、どなたの会費かを下記までお知らせ下さい。

Jahm_contact@yahoo.co.jp

こちらの**通帳には、振込み者名の最初の数文字しか印字されません**。

※入会申請時に、受講した機関、日時を記載する欄があります。必ず、基礎編の初日と最終日（月だけでなく日も）、主催機関（病院団体名、病院名、支部の場合は支部名）まで回答して下さい。記載が不足している場合は、申請をいったん却下させていただくことがあります。

※認定証が届くまでに**2ヶ月程度**かかります。

<ウェブからの申請手順>

1. まず、会費納入を済ませてください。受講費に初年度会費が含まれている研修（本協会
会支部研修、愛媛県医師会、石川県医師会、神戸市医師会）の場合は事前納付不要です。
入会フォームにある研修主催機関名を選択して頂くだけで結構です。それ以外の方は
納付を先に済ませてください。納付日を記載しないと入会フォームを送信できません。
納付は下記口座です。

三菱東京UFJ銀行 江戸川橋支店 普通 0097263

一般社団法人日本医療メディエーター協会代表理事和田仁孝

2. 日本医療メディエーター協会 HP を開く。 <http://jahm.org/>
認定・入会・会費納入タブをクリック。



The image shows the homepage of the Japan Association of Healthcare Mediators (JAHM). At the top left is the JAHM logo, followed by the text '社団法人 日本医療メディエーター協会 Japan Association of Healthcare Mediators'. Below this is a banner image showing hands clasped together and a group of people. A red arrow points from the text '認定・入会・会費納入タブをクリック。' to the '認定・入会・会費納入' button in the navigation menu. The navigation menu includes buttons for '患者アドボケートセンター', '医療市民マイスター協会', 'Sorry Works! JAPAN', '研修情報', 'シンポジウム', '認定・入会・会費納入', 'メディエーターの約束倫理', '支部のページ', and 'e-AGORA'. A footer note at the bottom reads '全員のための個別相談窓口のトライアル開始のお知らせ'.

2. 説明をよく読み、下記のフォームに記入し送信してください。

入会申請フォーム

1/1 ページ

入力内容保存/確認

入会申請フォーム

1 情報入力 ▶ 2 内容確認 ▶ 3 完了 ▶

こちらからメッセージをお送りください。

お名前 必須	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>
フリガナ 必須	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>
所属機関 必須	<input type="text"/>
部署名	<input type="text"/>
役職名	<input type="text"/>
職種 必須	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> その他医療職 <input type="radio"/> 事務職
メールアドレス 必須	<input type="text"/> <input type="text"/> 確認用 <small>携帯アドレス、病院のアドレスは禁止です!! 上記の場合、申請却下となります(不到達が多いため) 個人アドレスのない方は、yahoo, Gmail 等ご利用下さい</small>
勤務先の所在地域 必須	<input type="radio"/> 北海道 <input type="radio"/> 東北 <input type="radio"/> 関東 <input type="radio"/> 甲信越 <input type="radio"/> 東海 <input type="radio"/> 北陸 <input type="radio"/> 近畿 <input type="radio"/> 山陽 <input type="radio"/> 山陰 <input type="radio"/> 四国 <input type="radio"/> 九州 <input type="radio"/> 沖縄
勤務先住所 必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="button" value="住所検索"/> 都道府県 <input type="text"/> <input type="button" value="▼"/> 市区町村 <input type="text"/> 町名番地等 <input type="text"/>
自宅住所 必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="button" value="住所検索"/> 都道府県 <input type="text"/> <input type="button" value="▼"/> 市区町村 <input type="text"/> 町名番地等 <input type="text"/> 建物名 <input type="text"/>
受領した基礎欄の主 権機関を教えてください 必須	<input type="text"/> <input type="button" value="▼"/> <small>上記以外の方は下に具体的に記入下さい。</small>
基礎欄受領日 必須	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>1日目と最終日の日付をご記入下さい。 未受領の賛助会員の方は本年の1月1日として下さい。</small>
会費納付年月日 必須	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>申請前に会費を納付をお済ませ下さい。各支部研修、愛媛 県医師会、石川県医師会、神戸市医師会の研修受講者は、 本年1月1日と記入下さい。</small>
会員種別 必須	<input type="radio"/> 正会員 (B認定) <input type="radio"/> 賛助会員 <input type="radio"/> その他
メッセージ	<input type="text"/>