

SOMPO PS eラーニング

お申し込み方法、動作環境

お申し込み方法

お申込みは、下記Webサイトからお願いします。

①本eラーニング専用サイト（下記URL）にアクセス。

<https://www.sjnk-rm-medical.com/pse>

②「新規お申込みの方はこちらから」をクリック。

【医師賠償責任保険加入状況の確認】

③医師賠償責任保険加入状況確認画面で現在の加入状況を入力してください。「はい」を選択すると「お申込み専用フォーム」画面（右上参照）に移ります。

医師賠償責任保険加入状況確認

「損保ジャパン 医師賠償責任保険加入医療機関*」ですか？

③

はい

いいえ

*加入医療機関：「損害保険ジャパン株式会社の医師賠償責任保険に加入している病院、診療所、歯科診療所および損害保険ジャパン株式会社が認めた団体」を指します。

※当該保険契約の有無については、弊社ではお答えしかねますので、保険契約をご担当される部署にご確認ください。

【利用規約への同意、お申込み内容の入力】

④「お申込み専用フォーム」画面で「利用規約」を確認・同意の上、「お申込み者情報」、「お申込みテーマ」、「ご請求書等送付先（有料サービス申込みの場合）」等の必要事項を入力してください。

お申込み専用フォーム

こちらは、SOMPO PS eラーニングお申込み専用フォームです。利用規約の内容をご確認いただき、下記フォームに必要事項をご記入の上、「送信」ボタンをクリックしてください。

<利用規約>

SOMPO PS eラーニング 利用規約

④

https://www.sjnk-rm-medical.com/sites/default/files/uploads/pdf/SOMPO_PS_eraningu_Li_Yong_Gui_Yue_20201001.pdf

<2020年度版コンテンツ一覧>

2020年度版コンテンツ一覧は、下記よりご確認ください。

https://www.sjnk-rm-medical.com/sites/default/files/uploads/pdf/2020Nian_Du_Ban_kontentuyi_Lan_Ver202010X.pdf

上記<SOMPO PS eラーニング 利用規約>に同意されますか。【必須】

同意します。

※同意されない場合には、お申込みいただけませんことをご了承くださいませ。

◆お申込み者情報

④

病診区分【必須】

- 選択 -

開診形態【必須】

- 選択 -

医療機関名・団体名（フリガナ以下必須）(省略)

例：損保病院（ソソビョウイン）

部署名【必須】

⑤入力終了後、お申込み専用フォーム末尾の「送信」ボタンをクリックすれば、お申込み手続きが完了し、お申込み受付完了画面（裏面参照）に移行します。

送信欄

ご質問やご連絡等がある際にご利用ください。

⑤

送信

お申込み受付完了画面

SOMPO PS eラーニング お申し込み専用フォーム

お申込みありがとうございました。
ご入力いただいたメールアドレス宛に、
SOMPO PS eラーニング 事務局からの自動送信メールが届きます。

自動送信メールが届かないお客様は、お手数ですが、
「nksjrm@www.sjnk-rm-medical.com」からのメールが着信できるよう
受信設定のご確認をお願いいたします。

ご不明な点は、下記よりお問い合わせください。
SOMPO PS eラーニングに関するお問い合わせはこちら
<https://www.sjnk-rm-medical.com/webform/10656>
フォームへ戻る

- ⑥SOMPO PS eラーニング事務局から自動返信メール
(お申込み者情報、お申込み内容等)が、お申込み
専用フォームにご登録いただいたメールアドレス宛に
届きますので、お申込み内容をご確認ください。

自動返信メール (例)

件名: SOMPO PS eラーニングにお申し込みいただきありがとうございます。

送信者: nksjrm@www.sjnk-rm-medical.com

宛先: □□□□@△△△△

送信日時: 2020年10月1日(木) 09:00:00

本文

SOMPO PS eラーニングにお申し込みいただきありがとうございます。
これは、SOMPO PS eラーニング 事務局からの自動送信メールですので、この
メールに返信をされなようお願いいたします。

(中略)

SOMPO PS eラーニング 事務局

送信された内容:

上記<SOMPO PS eラーニング 利用規約>に同意されますか。: 同意
します。

==お申込み者情報==

医療機関名・団体名 (フリガナ):

S O M P O病院

部署名: 医療安全対策室

ご担当者氏名: ○○○○

…………… (以下、省略)

動作環境

お申込み前にシステムの動作環境をご確認ください。

動作環境

インターネットに接続できるPC・タブレット・スマートフォンなどの
端末と、10Mbps以上 (推奨) のインターネット回線をご用意
いただく必要があります。推奨のWebブラウザは以下のとおり
です。

Internet Explorer 11.7、 Microsoft Edge 42、
Chrome 74

上記の推奨ブラウザ以外でご利用いただいた場合は、レイア
ウトが崩れることや倍速再生が利用できないなどの障害が発
生する可能性がありますので、ご注意ください。

お申込みの際の留意事項

- 【必須】の記載のある項目は、必ずご入力ください。
- お申込時にご利用希望日、ご利用希望時間、
ご利用開始月が未定の場合であっても、仮日程
をご入力ください。受講 1 か月前までに日程をご
確定ください。
- グループ版の動画コンテンツ 2 テーマ (各3回視
聴) の6回視聴分を「1テーマ×6回視聴」に変
更して申込む場合は、1テーマ目、2テーマ目の
テーマ選択項目に同じテーマを選択して各3回
(計6回分) の視聴希望日、視聴希望時間
をご入力ください。
- グループ版オプションサービスで視聴回数を追加
する場合は、上記同様、1テーマ目、2テーマ目
のテーマ選択項目に同じテーマを選択して、2
テーマ目に追加視聴分のご利用希望日、ご利
用希望時間をご入力ください。
- 連絡・補足事項がある場合や記載欄が不足す
る場合は、お申込み専用フォーム末尾の「通信
欄」に自由記載願います。
- 入力内容に不備がある場合は、エラーメッセ
ージが表示されますので、該当箇所を訂正の上、再
度送信してください。



■ ■ お問い合わせ先 ■ ■



SOMPOリスクマネジメント株式会社

医療・介護コンサルティング部

e-mail : sompo-pse@sompo-rc.co.jp

(202010Z)