

【 医療安全研修専用申込書 】

宛先：公益社団法人 三重県看護協会 FAX：059-226-5200

*別紙、送付状は不要です。本用紙のみ送信してください。

*申し込む研修の欄に○をつける(研修毎に提出をお願いします)

○をつける	研修番号	研修名
	34	医療安全管理者養成研修
	35	医療安全管理者養成研修(公開講座) 「リスクマネジメントの基礎知識」 「リスクマネジャーの役割・業務」
	36	管理者のための医療安全研修
	37	三重県リスクマネジャー交流会

[施設名]	[施設病床数]
[施設住所] 〒	[電話番号]
[担当者名]	

No	氏名	実務 経験 年数	職位 ※1	医療安全に関する役割 (下記の内容で該当する 番号を記入する) ※2	職種 (○をする)	会員・非会員 (○をする)
1					保・助・看	会員・非会員
2					保・助・看	会員・非会員
3					保・助・看	会員・非会員
4					保・助・看	会員・非会員
5					保・助・看	会員・非会員

[備考]

※1 職位について
決まった職位のない方(スタッフなど)は、「看護師」とご記入ください

※2 医療安全に関する役割

1. 専従の医療安全管理者
2. 専任の医療安全管理者
3. 医療安全管理委員会の委員
4. 病棟の医療安全推進者として活動
5. 医療安全の役割任命はされていない

○郵送またはFAXにて申し込んでください。
○本用紙はホームページからダウンロードできます。